Rok XLI. Kraków, 26 Kwietnia 1902. Nr. 17.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. **Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie.**

Przyczynek do leczenia gruźlicy jelita ślepego.

Podał

Dr. J. Weinsberg

lekarz oddziału.

W r. 1898 zestawił Conrath[1]) 85 przypadków gruźlicy kiszki ślepej, w których jużto wykonano różne zabiegi operacyjne, jużteż pozostawiono chorych własnemu losowi, a w tych razach chorzy po krótszej lub dłuższej chorobie ginęli, najczęściej wskutek uogólnienia się sprawy gruźliczej. Jako przyczynek do patologii i leczenia gruźlicy jelita ślepego przytaczam poniżej 7 historyj chorób, zestawionych w oddziale chirurgicznym szpitala św. Łazarza pod kierunkiem prof. Trzebicky'ego.

Zanim jednak przystąpię do skreślenia przebiegu choroby w przytoczonych 7 przypadkach, chciałbym w krótkości zebrać znane dotychczas szczegóły o etyologii, umiejscowieniu, rozpoznawaniu i leczeniu gruźlicy kiszek.

Prawie zawsze gruźlica przewodu pokarmowego jest sprawą wtórorzędną, występującą najczęściej u osobników, dotkniętych zmianami gruźliczemi płuc, rzadziej u cierpiących na gruźlicę innych narządów, przedewszystkiem gruczołów chłonnych (krezkowych, zaotrzewnowych, okołooskrzelowych), u kobiet zaś czasem w następstwie gruźlicy części płciowych. Dotychczas przytoczone przypadki „pierwotnej“ gruźlicy jelit są w części opisane niedokładnie, w części zaś wogóle niepewne co do swej „pierwotności“. W każdym jednak razie już z punktu widzenia teoretycznego nie można w zupełności zaprzeczyć, jakoby gruźlica pierwotnie w jelitach nie mogła wystąpić; jeżeli jednak tak jest, to przypadki tego rodzaju należą do największych rzadkości. Biedert[2]) wyszukał w piśmiennictwie 12 przypadków pierwotnej gruźlicy kiszek, sam jednak mimo olbrzymiego swego doświadczenia i materyału nie widział ani jednego przypadku. Natomiast niejednokrotnie znajdował w kale dzieci z wtórorzędną gruźlicą przewodu pokarmowego prątki Kocha, raz nawet u oseska. Autor ten dochodzi do wniosku, że przypuszczenie możliwości zakażenia przewodu pokarmowego gruźlicą wskutek spożywania mleka krów, dotkniętych perlicą, lub mleka kobiet gruźliczych należy bardzo ograniczyć. Demme zestawił 17 przypadków odosobnionej gruźlicy kiszek i gruczołów krezkowych; inni autorowie również wspominają o przypadkach takich, zawsze jednak zajęte były gruczoły chłonne i ztąd powstaje trudność w ocenieniu, czy zajęcie przewodu pokarmowego było pierwotnem, czy też tylko następstwem schorzenia gruczołów. Natomiast bardzo często występuje gruźlica przewodu pokarmowego u osobników, dotkniętych gruźlicą innych narządów. I tak wykazuje statystyka Eisenharta[3]) na 1000 sekcyj osób dorosłych, dotkniętych gruźlicą płuc, 566 przypadków gruźlicy jelit, czyli 56·3%. Inni autorowie podają znacznie mniejsze lub większe odsetki gruźlicy jelit u osobników, cierpiących na gruźlicę innych narządów.

Należy odróżnić dwa rodzaje gruźlicy kiszek: 1) umiejscowioną w różnych częściach przewodu pokarmowego, począwszy od jelita czczego w dół i 2) zajmującą tylko kiszkę ślepą i dolną część jelita biodrowego. Druga ta postać jest znacznie częstszą i rzecz ta wymaga zastanowienia się, dlaczego właśnie to miejsce tak często ulega sprawie chorobowej. Dla wytłómaczenia przytaczano różne powody mniej lub więcej prawdopodobne. Najgłówniejszą przyczyną, na co zresztą wszyscy badacze się zgadzają, zdają się być mechaniczne warunki krążenia treści jelitowej. Jak już wyżej wspomniano, gruźlica kiszek jest w olbrzymiej większości przypadków sprawą następową, powstałą najczęściej wskutek połykania plwociny gruźliczej. W przełyku plwocina ta styka się ze ścianą narządu tylko przez bardzo krótki czas. Przełyk zresztą, wysłany nabłonkiem płaskim, jest znacznie odporniejszy, aniżeli inne części przewodu pokarmowego. W żołądku treść pokarmowa przez mechaniczną pracę narządu przesuwa się ciągle z miejsca na miejsce, z drugiej zaś strony silnie trawiący sok żołądkowy niszczy zarazki gruźlicze i tylko wtedy, gdy ilość ich jest znaczna, część ich dostaje się wśród prawidłowych stosunków do dalszych części przewodu pokarmowego. Drogę od dwunastnicy przez jelito cienkie aż do zastawki Bauhina odbywa treść pokarmowa stosunkowo szybko i ztąd pochodzi, że ta przestrzeń rzadziej chorobie ulega. Natomiast w dolnej części jelita biodrowego, gdzie przez mechaniczną przeszkodę, spowodowaną łączeniem się jelita cienkiego z grubem pod kątem prostym, krążenie treści jelitowej doznaje przeszkody, kał, zatrzymując się dłuższy czas, drażni błonę śluzową, wytwarza *locus minoris resistentiae* i na gruncie w ten sposób przygotowanym prątki gruźlicze, pozostając przez dłuższy przeciąg czasu w styczności ze ścianą jelita, rozpoczynają swą zgubną działalność. Z innych ubocznych przyczyn, dla których jelito ślepe łatwiej ulega gruźlicy, podają odmienne unaczynienie tej okolicy (wiele małych tętnic, a mało żył), obecność licznych mieszków, dalej tę okoliczność, że jelito ślepe znajduje się w stanie zaniku u człowieka i że na zastawce Bauhina budowa kosmkowa jelita cienkiego przechodzi w bu-

[1]) Ueber die lokale chronische Coecumtuberkulose und ihre chirurgische Behandlung. Beiträge zur klin. Chir. F. XXI, Z I.

[2]) Lehrbuch der Kinderkrankheiten.

[3]) Ueber Häufigkeit und Vorkommen der Darmtuberkulose.

dowę jelita grubego, a wiadomo jest, że pasy te, w których budowa tkanek jednego rodzaju przechodzi w budowę inną, łatwo ulegają nietylko przemianie nowotworowej, ale także i zapaleniu.

Sprawa chorobowa w kiszce ślepej przebiega zawsze pod postacią przewlekłą. Wskutek tego powstaje zgrubienie bardzo znaczne chorego jelita i wyrostka robaczkowego, zrosty coraz nowe z otoczeniem tak, że na pierwszy rzut oka preparat anatomiczny robi wrażenie nowotworu. Tem się tłómaczy, że tak często rozpoznanie stanu chorobowego za życia natrafia na znaczne trudności i że najczęściej rozpoznanie brzmi przed wykonaniem zabiegu operacyjnego: „Neoplasma coeci“ lub „Appendicitis chronica“. Z objawów miejscowych żaden nie jest dla tej właśnie choroby znamiennym. Podmiotowo odczuwają chorzy niemiłe uczucia w okolicy prawego talerza biodrowego, których zwykle nie umieją dokładnie określić. Przechodząc do objawów przedmiotowych, należy przedewszystkiem podkreślić, że biegunka będąca jednym z głównych objawów, cechujących gruźlicze schorzenie przewodu pokarmowego u suchotników, przy miejscowem zajęciu jelita ślepego wcale nie jest wybitną. Przeciwnie przeważa tu zaparcie stolca naprzemian z biegunką. Dopiero w późniejszych okresach zaczynają przeważać objawy utrudnienia krążenia treści jelitowej. Występują mianowicie od czasu do czasu gwałtowne bóle napadowe, połączone nieraz z wymiotami, które to bóle po pewnym czasie ustępują. W wyżej przytoczonej pracy wspomina Conrath o dwóch przypadkach chorobowych, w których podawanie leków czyszczących wśród napadów bólu potęgowało tylko dolegliwości, a natomiast stosowanie nalewki makowca sprowadzało niebolesne wypróżnienia. Czasami w odchodach można stwierdzić krew lub ropę, co zawsze jest dowodem powstawania ropni i owrzodzeń w dotkniętem chorobą jelicie. Wszystkie przytoczone objawy mogą jednak znachodzić się i w przebiegu innych, częstszych chorób kiszki ślepej i dlatego do rozpoznania różniczkowego same przez się służyć nie mogą. Czas, w którym zgrubiała kiszka ślepa staje się wyczuwalną w postaci guza, jest w różnych przypadkach różnym. I tak u niektórych chorych istnieją przypadłości podobne do przytoczonych przez długi okres czasu, a badanie fizyczne brzucha nie wykazuje żadnych zmian; u innych znowu chorych przy pierwszym napadzie niedrożności można już wybadać guz w okolicy prawego talerza biodrowego. Jak z powyższego zestawienia objawów wynika, odróżnienie w mowie będącej choroby od innych z tem samem umiejscowieniem jest bardzo trudne, a czasami wręcz niemożliwe i tylko objawy ze strony innych narządów, a przedewszystkiem płuc, mogą zwrócić uwagę lekarza na właściwą drogę.

Co się tyczy leczenia omawianej choroby, to powinno ono być operacyjnem w każdym przypadku, gdzie stan chorego na to pozwala. W pierwszym rzędzie należałoby się starać o wydalenie z ustroju całego ogniska choroby, czyli wykonać wyłuszczenie całego guza. Niestety rękoczyn ten nie zawsze daje się wykonać. Z zestawionych przez Conratha 81 przypadków leczonych operacyjnie, w 48 wykonano wyłuszczenie chorego jelita; śmiertelność wynosiła 16·7%. Trudności w czasie operacyi są czasem bardzo znaczne wskutek licznych zrostów z otoczeniem, które zmuszają do znacznego przedłużenia operacyi przez oddzielanie zrostów, wyłuszczanie lub odcinanie częściowe nerki dla silnego spojenia guza z moczowodem, resekcyę silnie z guzem pozrastanych pętli jelita cienkiego i t. d. W dodatku operacya w najlepszym razie uwalnia wprawdzie chorego od gruźlicą dotkniętego jelita, ale nie zapobiega szerzeniu się sprawy z pierwotnego jej siedliska, którem, jak to już kilkakrotnie nadmieniliśmy, najczęściej są płuca. W każdym razie całkowite wycięcie chorego jelita jest operacyą, która najbardziej zdaje się przemawiać do przekonania, chociaż statystyka po tym najradykalniejszym zabiegu wykazuje jednak stosunkowo znaczną ilość nawrotów choroby w tem samem miejscu.

Również częściowa resekcya schorzałej ściany jelita wykonana w 6 znanych przypadkach, mimo drobnych względnie wśród operacyi zmian, nie daje wcale zbyt zachęcających wyników. Gdy całkowite wyłuszczenie jelita schorzałego, a tem samem usunięcie całego ogniska gruźliczego, z przyczyn czy to ogólnych lub miejscowych jest niemożliwem, a objawy zwężenia światła jelit nie pozwalają już same przez się na wykonanie tylko laparatomii próbnej, która, jak wiadomo, w niektórych przypadkach gruźlicy otrzewnej działa wprost leczniczo, mamy do wyboru wykluczenie części schorzałej całkowite lub częściowe, o ile wyjątkowo gwałtowne objawy niedrożności jelit, idące w parze ze znacznym upadkiem sił, nie zniewalają do założenia sztucznej rzyci. Leczenie wyczekujące, nie operacyjne, daje z reguły wyniki niepomyślne.

Zestawiwszy w ten sposób w krótkości wyniki dotychczasowych prac nad gruźlicą miejscową jelita ślepego, przytaczamy poniżej historye choroby naszych siedmiu przypadków:

I. Gruźlica jelita ślepego, przetoka zewnętrzna, resekcya jelita ślepego, wyleczenie trwałe.

R. Z. l. 43 licząca, zamężna. Pochodzi z rodziny, w której gruźlica często się przydarza. Sama w dzieciństwie chorowała na »skrofuły«, później kaszlała. Z 6-ga dzieci dwoje zmarło w dzieciństwie, reszta zdrowa. Obecne cierpienie rozpoczęło się przed 2-ma laty. Ponad pachwiną prawą utworzył się wśród gorączki i dreszczów guz chełboczący, który lekarz przeciął, poczem wylała się ropa. Rana w zupełności już się nie zasklepiła, lecz pozostała przetoka, z której stale sączy się płyn śluzowo-ropny. W sąsiedztwie utworzyły się z biegiem czasu jeszcze 2 nowe przetoki.

Przyjęta na oddział chirurgiczny szpitala św. Łazarza w dniu 2/8 1898 r. przedstawia stan następujący: osoba miernie odżywiona i blada. W płucach objawy nieżytu oskrzelowego i lekkie przytłumienie odgłosu wypukowego w szczycie prawym. Nad więzem Pouparta prawym, mniej więcej w jego środku, wśród skóry scieńczałej, sinawo czerwono zabarwionej, 3 drobne otworki, z których od czasu do czasu wypływa po kropelce ropy rzadkiej, zmieszanej ze śluzem. Zgłębnik wchodzi w kierunku ukośnym nieco ku górze i na zewnątrz przez każdą z tych przetok na odległość 2—3 ctm. Treść przewodu pokarmowego nigdy przez przetoki się nie wydobywała. Obmacywanie brzucha wykazuje w okolicy kiszki ślepej zgrubienie ścian jelita, które zwłaszcza w tem miejscu, do którego dochodzi wprowadzony przez przetokę zgłębnik, przedstawia się w postaci zbitego twardego obrzęku, wielkości małego jabłka. Rozpoznano z największem prawdopodobieństwem zmianę gruźliczą w kiszce ślepej. Operacyę wykonał prof. Trzebicky dnia 5/8 1898 w sposób następujący: cięciem eliptycznem okrojono skórę, zawierającą wyżej opisane przetoki; w celu ułatwienia dalszej oryentacyi wprowadzono do jednej z przetok zgłębnik. Przy dalszem preparowaniu okazało się, że zgłębnik przechodził w kierunku ku górze i na zewnątrz przez wszystkie warstwy powłok brzusznych, dochodząc aż do opisanego już guza w jelicie ślepem. Wycięto przeto w kierunku cięcia skórnego także i resztę powłok brzusznych, oddzielając w jednem miejscu dość znaczne zrosty otrzewnej ściennej z jelitem ślepem, przez co powstała rana laparotomijna, równoległa do więzu Pouparta, długości około 15 ctm. Obecnie też można się było z łatwością zoryentować co do jelit w prostych zresztą zupełnie stosunkach. Ujście jelita biodrowego do

jelita ślepego znajdowało się względnie dość wysoko tak, że kiszka ślepa tworzyła tu poniżej tego ujścia zaułek, mniej więcej na 5 ctm. wysoki. Podczas gdy zarówno jelito biodrowe jak i początek jelita wstępującego nie przedstawiały, przynajmniej przy oglądaniu gołem okiem, żadnych zmian w ścianach, — ściany jelita, znajdującego się poniżej miejsca wpadnięcia jelita biodrowego do ślepego, a więc owego zaułka, były mocno zgrubiałe, guzowate. Zwłaszcza w części przedniej i wewnętrznej zgrubienie to przedstawiało się w postaci dość rozlanego guza twardego, wielkości pomarańczy. I reszta ścian zaułka była niepodatną z powodu nacieku twardego. Na otrzewnej, pokrywającej jelito zmienione, znajdowały się nieliczne szare gruzełki wielkości ziarnka prosa i siemienia. Cała część naciekła była ruchomą, z wyjątkiem małego miejsca na stronie przedniej, zlepionego, jak już wspomniano, z otrzewną ścienną. Było to tosamo miejsce, do którego dochodził zgłębnik przez przetokę. Przy dokładniejszem oglądaniu można było zauważyć w temże miejscu malutki otworek, przez który wprowadzony cieniutki zgłębnik przechodził, drążąc w głąb w kierunku ukośnym przez wszystkie warstwy ściany jelita aż do jego wnętrza. Wobec znacznej ruchomości części schorzałej prof. Trzebicky amputował cały zaułek; zespolił jelito szwem, przez co powstały stosunki podobne zupełnie do prawidłowych, z tą różnicą, że jelito biodrowe łączyło się obecnie z jelitem ślepem w miejscu najniższem. Wycięta część jelita przedstawiała po stronie wewnętrznej jeden rozległy wrzód o wybitnych cechach wrzodu gruźliczego, brzegach podminowanych, dnie wysłanem ziarniną bladą, wiotką, wśród której miejscami jeszcze można było dostrzedz resztki podminowanej błony śluzowej. W warstwie mięsnej i podsurowiczej rozległy naciek drobnokomórkowy, zmieniający się miejscami w tkankę włóknistą. Badanie drobnowidowe wydzieliny, zeskrobanej z dna wrzodu, wykazało nieliczne prątki gruźlicze.

Przebieg pooperacyjny był pomyślny, choć nieco przewlekły wskutek powstania przetoki kałowej, utrzymującej się blisko 6 tygodni. Mimo tego powikłania stan ogólny od czasu operacyi widocznie się polepszał, a gdy chora z raną zagojoną opuszczała w dniu 14/XI 1898 szpital, odżywienie jej było wcale dobre, wejrzenie zdrowe, a przybytek na wadze wynosił blisko 4 klg.

Według doniesienia listownego zarówno samej pacyentki, jakoteż i lekarza[4]), zamieszkałego w jej rodzinnem mieście, ma się ona obecnie po upływie przeszło $3^1/_2$ lat od czasu operacyi zupełnie dobrze; nie doznaje żadnych dolegliwości ani ze strony narządu trawienia, ani oddechowego, a jedyną przykrą pozostałością po zabiegu operacyjnym jest przepuklina brzuszna. (Dok. nast.).

II. O racyonalnym składzie i terapeutycznem stosowaniu leczniczych wód mineralnych i kąpieli do kuracyi letnich.

Napisał
Dr. W. Jaworski
profesor medycyny wewnętrznej w Uniwersytecie Jagiellońskim.

(Ciąg dalszy).

Z siarkanu sodowego utworzono dwie wody glauberskie, mocniejszą i słabszą.

VII. Mocniejsza glauberska woda jest to $7^1/_2$-stopniowa normalna glauberska woda mineralna lecznicza, składu chem. *p. m.*

KCl	0,2
NaCl	0,5
Na_2SO_4	**7,5**
Na_2CO_3	0,3 (= 0,47 natr. bicarb.)
Mg CO_3	1,5 (= 2,65 magn. bicarb.)
Soli suchych 10,0 gm. *p. m.*	

[4]) Składam na tem miejscu serdeczne podziękowanie P. Koledze Malsburgowi za łaskawy opis obecnego stanu tej chorej.

Woda glauberska mocniejsza odpowiada co do składu silniejszym zdrojom glauberskim, jak Marienbad 5,0; Elster (Salzquelle 5,2) i t. d. Działa ona, jak i powyższe zdroje podniecająco na trawienie, ruch jelit i przemianę materyi, przyczem zanika tkanka tłuszczowa. Jest ona wskazana w tych chorobach, co i powyższe wody zdrojowe: w przekrwieniach narządów brzusznych, guzach krwawnicowych, otyłości, otłuszczeniu serca, w nieżytach żołądkowo-jelitowych z powikłaniem zaparcia żywota u otyłych, przyczem należy uwzględnić, że woda ta z powodu zawartości węglanu i fosforanu sodowego nie działa zbyt drażniąco na żołądek. Następnie nadają się do leczenia tą wodą choroby wątroby, objawiające się jej obrzękiem, nawały krwi do mózgu wskutek zaburzeń w krążeniu i t. d. Skuteczność wody potęguje równoczesny pobyt w uzdrowiskach lub zakładach hidryatycznych górskich (p. niżej), gdzie możność systematycznego ruchu kontrolowanego przez lekarza miejscowego, jakoteż zabiegi wodolecznicze przyspieszają przemianę materyi. Pije się wodę po 2—3 szklanek rano naczczo, polecając przytem ruch. W wielu przypadkach należy podać choremu jeszcze 1—2 szklanek wody glauberskiej na noc, aby osiągnąć tem wybitniejsze wypróżnienie jelit, co jest koniecznem w przypadkach, jeżeli chodzi o odkażenie przewodu pokarmowego. W przypadkach uporczywego zaparcia żywota i w żółtaczce wprowadza się wodę glauberską w postaci lawatyw w ilości $^3/_4$—1 litra. Podczas systematycznego leczenia tą wodą, które odpowiada leczeniu marienbadzkiemu, należy kontrolować czynność serca, aby zawczasu zapobiedz jej osłabieniu.

VIII. Słabsza glauberska woda alkaliczna jest to $2^1/_2$-stopniowa półnormalna woda mineralna glauberska o składzie chem. *p. m.*

K_2SO_4	0,1
Na_2SO_4	**2,4**
NaCl	1,0
Na_2CO_3	**1,4** (= 2,21 natr. bicarb.)
Mg CO_3	0,1 (= 0,17 magn. bicarb.)
Soli suchych 5,0 gm. *p. m.*	

Słabsza woda glauberska jest równocześnie alkaliczno-słoną; działa podniecająco na trawienie żołądkowe, jelitowe i przemianę materyi, rozrzedza śluz na błonach śluzowych przewodu pokarmowego, dróg żółciowych i moczowych; sprawia to samo działanie, co znane alkaliczno-słone zdroje glauberskie: Karlsbad (Sprudel, Mühlbrunn 2,4); Franzensbad (Salzquelle 2,8); Rohitsch (Tempelbrunnen 2,0), Tarasp (Luciusquelle 2,1) i t. d. Stosuje się tę wodę w tych samych stanach chorobowych, co i powyższe zdroje, zwłaszcza Karlsbadzkie: w nieżytach śluzowych żołądka i jelit, zwłaszcza, jeżeli im towarzyszą zmienne wypróżnienia, raz zaparcie, drugi raz biegunka, w chorobach wątroby, w kamicy żółciowej, żółtaczce, w chorobach dróg moczowych, w kamicy nerkowej, skazie moczanowej, dnie, cukromoczu i t. d. Najskuteczniejsze jest picie wody na pół grzanej o ciepłocie 40—50° C rano naczczo w ilości 2—3 szklanek. Woda grzana nadaje się do picia w przypadkach skłonnych do biegunki, podczas gdy zimna pobudza do wypróżnień. Równoczesny pobyt letni przy stałym nadzorze lekarskim w ciepłych stacyach klimatycznych lub uzdrowiskach na wysokości 600—1000 metrów (p. niżej), stosowanie kąpieli słonych, a w niektórych razach zabiegów hidryatycznych, podnoszą znakomicie działanie tej wody. Przytem należy zachować pewien tryb

żywienia, najwięcej zbliżony do tego, jaki do niedawna ściśle przestrzegano w zdrojach Karlsbadzkich. Działanie tej wody wzmaga się przy równoczesnem piciu wody alkaliczno-słonej Nr. VI. jako napoju stołowego w ciągu dnia. Ponieważ słabsza woda glaubersko-alkaliczna tylko u osób wrażliwszych wywołuje wypróżnienia, to trzeba w razie potrzeby dodać do niej rano naczczo wody glauberskiej mocniejszej Nr. VII, lub podać tej ostatniej na noc 1—2 szklanek. W rozstrzeni żołądka stosowanie słabszej wody glaubersko-alkalicznej jest przeciwwskazane; tu działa skuteczniej woda glauberska mocniejsza Nr. VII, lub woda magnowa Nr. IX.

IX. Magnowa woda lecznicza jest 7-stopniową $1^1/_2$-normalną magnową wodą mineralną leczniczą o składzie:

K_2SO_4	0,1	
KCl	0,1	
Na_2SO_4	7,5	
Na Cl	0,3	
$Mg\,CO_3$	**7,0**	= (12,39 magn. bicarb.)
Soli suchych	15,0 gm. *p. m.*	

Magnowa woda lecznicza posiada smak przyjemny, działa podniecająco na jelita i na wydzielanie żółci, przyczem działanie magnezyi zostaje wzmożone obecnością znacznej ilości siarkanu sodowego; przyspiesza ona także przemianę materyi i odtłuszczenie ustroju. Woda magnowa działa podobnie, jak znane wody gorzkie, lecz nie posiada ich smaku obrzydliwego i działania drażniącego na przewód pokarmowy. Stosuje się ją w podobnych przypadkach, jak wody zdrojowe: Friedrichshall, Mergentheim, Hunyady János, Franz-Josef Bitterwasser, Appenta, Šaratica, Püllna, Saidschütz, Sedlitz i t. p. Poleca się ją przeto w nawykowem zaparciu żywota, w guzach krwawnicowych, w nawałach krwi do trzew brzusznych lub narządu nerwowego ośrodkowego, w otyłości, rozedmie płuc, jakoteż nadmiernej kwaśności żołądka, jeżeli jej towarzyszy zaparcie żywota. Używa się tej wody w ilości 1—3 szklanek rano naczczo, przyczem należy unikać niestrawnych pokarmów ze względu na podrażnienie jelit. Woda magnowa nadaje się bardzo do wywołania jednorazowego wypróżnienia. W tym celu podaje się ją po 1—2 szklanek na noc, a w razie potrzeby i rano naczczo taką samą ilość.

X. Wapniowa woda lecznicza jest $2^1/_2$-stopniową $^1/_4$-normalną wodą wapniową mineralną, składu chem. *p. m.*

NaCl	0,08	
$CaCO_3$	2,40	(= 3,4 calcii bicarb.)
Ca_32PO_4	0,02	
Soli suchych	2,50 gm. *p. m.*	

Woda wapniowa lecznicza zobojętnia kwasy żołądkowe i moczowe, zmniejsza wydzielanie błon śluzowych przewodu pokarmowego, dróg oddechowych i moczowych i działa równocześnie moczopędnie. Poleca się ją w tych samych chorobach, co i najsilniejsze zdroje wapniowe: Contrexéville 2,3; Driburg (Hersterquelle 1,4); Bath 1,5; Leuk 1,5; Lippspringe 1,4; Marienbad (Rudolfsquelle 1,7); Wildungen 1,2; Weissenburg 1,5 i t. d. Jest ona przeto wskazana w przewlekłych nieżytach jelit, przebiegających z silną biegunką; w przewlekłych nieżytach narządu moczopłciowego ze skłonnością do tworzenia się złogów nerkowych i pęcherzowych, w przewlekłej rzeżączce, w przewlekłym nieżycie płuc z obfitą wydzieliną, nawet wobec gruźlicy w płucach; następnie w skazie moczanowej, zołzach, krzywicy, rozmiękczeniu kości. Działanie wzmaga się przy równoczesnym pobycie letnim w suchych stacyach wysokogórskich (p. niżej) przy racyonalnym nadzorze lekarskim. Wodę podaje się zwykle rano naczczo w ilości 1—2 szklanek przy zastosowaniu odpowiedniej dyety i przepisów higienicznych. Przy leczeniu biegunki podaje się tę wodę po ulotnieniu kw. węglowego, lepiej jeszcze na pół grzaną tylko po $^1/_2$ szklanki kilka razy dziennie przed i po jedzeniu, jako napój stołowy. Równocześnie musi być zachowana dyeta przeciwbiegunkowa, chory ma przeważnie leżeć w łóżku, robić okłady ciepłe na brzuch lub brać kąpiele dobrze ciepłe. Jeżeli chorobom towarzyszy zaparcie stolca, to stosowanie wody wapniowej jest przeciwskazane. Skłonność do zaparcia żywota zmniejsza rozcieńczenie wody wapniowej wodą alkaliczno-słoną Nr. VI.

XI. Litowa woda lecznicza jest to 2-stopniową $^1/_2$-normalna woda litowa mineralna o składzie chem. *p. m.*

KCl	0,1	
NaCl	0,9	
Li_2CO_3	**2,0**	(= 3,66 lithii bicarb.)
Na_2CO_3	2,0	(= 3,16 natrii bicarb.)
Soli suchych	3,0 gm. *p. m.*	

Woda litowa lecznicza rozpuszcza kw. moczowy i działa moczopędnie silniej, aniżeli znane obecnie wody zdrojowe litowe: Salvator (0,022); Baden-Baden (Ungemachquelle (0,045); Bex (0,01); Franzensbad (Nataliequelle (0,10); Dürkheim (0,039); Salzschlirf (Bonifaciusquelle 0,21) i t. d. Obecność dwuwęglanu sodowego (3 gm.) w wodzie litowej leczniczej wzmacnia działanie litu. Wodę litową leczniczą stosuje się w tych samych chorobach, co i powyżej wymienione zdroje: w dnie, w skazie moczanowej, kamicy nerkowej, kamieniach pęcherzowych moczanowych, i t. d., podając ją rano naczczo w ilości 1—2 szklanek, jakoteż w ciągu dnia, jako napój stołowy przed jedzeniem, aby uniknąć przemiany węglanów w żołądku na chlorki. Osoby z wrażliwym żołądkiem piją wodę litową na pół grzaną. W razie potrzeby rozcieńcza się wodę litową wodą alkaliczno-słoną Nr. VI. Przy leczeniu wodą litową stosuje się dyetę przeciwmoczanową i używa ciepłych kąpieli słonych.

Jodek sodowy jest podstawą dwóch wód jodowych, słabszej i mocniejszej.

XII. Woda jodowa słabsza jest to $1^1/_2$-stopniowa $^1/_3$-normalna woda jodowa mineralna, składu chem. *p. m.*

KCl	0,1	
NaCl	0,4	
NaJ	**1,5**	
Na_3PO_4	0,3	
Na_2CO_3	1,0	(= 1,58 natrii bicarb.)
Soli suchych	3,3 gm. *p. m*	

XIII. Mocniejsza woda jodowa jest 4-stopniową $^1/_2$ normalną wodą jodową mineralną, składu chem. *p. m.*

NaJ	**4,0**	
Na_3PO_4	0.5	
Na_2CO_3	0,5	(= 0,79 natrii bicarb.)
Soli suchych	5,0 gm. *p. m.*	

Wody jodowe lecznicze podniecają czynność układu chłonnego i wessanie w narządach gruczołowych, jakoteż w innych tkankach. Niekorzystny wpływ przetworów jodowych na żołądek usuwa równocześna obecność węglanu i fosforanu sodowego w wodzie. Obydwie wody jodowe le-

cznicze są w swym składzie silniejsze, aniżeli znane zdroje jodowe: Castracaro 0,19; Goczałkowice 0,012; Hall 0,042; Heilbronn 0,028; Königsdorf-Jastrzemb 0,016; Kreuznach 0,001; Lippik 0,02; Salzburg (Tököly 0,25); Saxon les Bains 0,1, Zaizon 0,2 i t. d. Wód leczniczych jodowych używa się w tych samych chorobach, co i wymienionych zdrojów, jakoto: w zołzach i w innych obrzękach gruczołów, kile, w wypocinach gośćcowych, w przewlekłych zapaleniach macicy, jajników i części dodatkowych narządu rodnego, jakoteż wobec guzów w tych narządach, następnie w krzywicy, i t. d. Używanie wód leczniczych jodowych wymaga równoczesnego pobytu letniego, z zachowaniem ścisłej kontroli lekarskiej, w skrzepiającem powietrzu stacyj klimatycznych lub uzdrowisk, leżących nad morzem lub w górach, a w niektórych przypadkach w zakładach wodoleczniczych (p. niżej). Z wielkim pożytkiem używa się równocześnie także kąpieli słonych leczniczych (p. niżej). Wody jodowej podaje się najstosowniej do picia po lekkiem śniadaniu w ilości po $^1/_2$ szklanki mocniejszej, a po jednej szklance słabszej, a następnie podczas dnia kilka razy takie same ilości. Dla dzieci dawkowanie jest o połowę mniejsze. W przypadkach schorzenia układu nerwowego ośrodkowego na podstawie kiłowej należy dawki wody jodowej podnieść nawet do jednej szklanki wody silniejszej 3—4 razy dziennie. U osób bardzo wrażliwych na jod można wodę jodową rozcieńczyć wodą alkaliczną mocniejszą Nr. III, lub wodą alkalicznosłoną Nr. VI, a w przypadkach biegunki wodą wapniową Nr. X. Pojawienie się trądzika jodowego, nieżytów spojówek, nosa, połyku i t. p. nie stanowią jeszcze przeciwwskazania do zaprzestania picia wody jodowej, gdyż te przypadłości po zaprzestaniu picia wody jodowej znikają same przez się. W razie pojawienia się ich w wyższym stopniu, to równoczesne picie wody alkalicznej mocniejszej Nr. III, albo podawanie *natrium sulfanilicum* 3 × dziennie po łyżce roztworu wodnego trójprocentowego, używanie pokarmów skrobiowych, łagodzi objawy jodyzmu. Trzeba sobie bowiem przypomnieć, że wobec grożącego niebezpieczeństwa utraty wzroku, okuliści ryzykują nawet dawki 3 gramowe NaJ po trzy razy dziennie. Dyeta przy piciu wód jodowych musi być łatwo strawna, wolna od kwasów i przypraw korzennych.

XIV. Bromowa woda słabsza jest 4-stopniową półnormalną wodą bromową mineralną; zawiera w 1 litrze:

Na Br	**4,0**
Na_3PO_4	0,5
Na_2CO_3	0,5 (= 0,79 natrii bicarb.)
Soli suchych	5,0 gm. *p. m.*

XV. Bromowa woda mocniejsza jest 8-stopniowa normalna woda bromowa mineralna, składu chem. *p. m.*

Na Br	**9,0**
Na_3PO_4	0,5
Na_2CO_3	0,5 (= 0,79 natrii bicarb.)
Soli suchych	10,0 gm. *p. m.*

Bromowe wody lecznicze osłabiają wrażliwość, pobudliwość i odruchowość układu nerwowego, ze skłonnością do uspokojenia. Działanie ich staje się wydatniejsze przez równoczesny pobyt w uzdrowiskach położonych nad morzem lub w równinach pokrytych lasami, albo wreszcie w racyonalnie prowadzonych zakładach wodoleczniczych (p. niżej). Obydwie wody bromowe poleca się w stanach histerycznych i neurastenicznych, jeżeli przeważa wygórowana wrażliwość, drżenie, bezsenność i t. p.; następnie w padaczce, pląsawicy, drgawkach i t. d. Stosownie do natężenia choroby podaje się wodę mocniejszą lub słabszą, po 1—$1^1/_2$ szklanki rano i po tyleż kilka razy w ciągu dnia. Tradycyjnie unika się przytem niestrawnych, a zwłaszcza kwaśnych pokarmów. U osób z wrażliwem trawieniem można rozcieńczyć wodę bromową wodą alkaliczno-słoną Nr. VI, a wobec skłonności do biegunki wodą wapniową Nr. X. Pojawienie się trądzika bromowego nie jest jeszcze wskazaniem do zaprzestania picia wody bromowej, gdyż on znika sam po ukończonem leczeniu. Należy także pamiętać o tem, że działanie lecznicze bromu pojawia się dopiero po zastosowaniu dużych dawek.

XVI. Do otrzymania wody żelazistej leczniczej użyto pyrosforanu żelażowo-sodowego wzoru $2Fe_23P_2O_7 \cdot 2(Na_4P_2O_7) + 7H_2O$ z odliczeniem wody krystalicznej. Woda ta jest 1-stopniową $^1/_8$-normalną wodą żelazistą mineralną, składu chem. *p. m.*

Na_2SO_4	0,5
Na Cl	0,5
Pyrof. Fe Na	1,0 (= 0,59 ferr. bicarb.)
Na_3PO_4	0,8
Na_2CO_3	0,2 (= 0, 01 natr. bicarb).
Mg CO_3	0,3 (= 0,531 magn. bicarb.)
Soli suchych	3,3 gm. *p. m.*

Pyrofosforan żelazowo-sodowy można z korzyścią zastąpić w wodzie żelazistej odpowiednią ilością dwuwęglanu żelazawego.

Woda żelazista lecznicza polepsza skład krwi przez zwiększenie ilości hemoglobiny i sprawia podniesienie ciężaru ciała. Ilość (0,59 p. m.) w niej zawartego żelaza jest większą, niż w każdej innej wodzie żelazistej rodzimej, która wynosi co najwięcej 0,12 gm. na 1 litr: Bocklet 0,12; Cudowa 0,03; Driburg 0,07; Elster (Moritzquelle 0,08); Franzensbad (Stahlquelle 0,07); Königswart (Victorquellle 0,11); Marienbad (Ambrosiusquelle 0,11); Pyrawarth 0,11; Pyrmont (Stahlbrunnen 0,07); Reinerz 0,05; Rippoldsau 0,12; Schwalbach 0,08; Spaa 0,07; St. Moritz 0,03; Steben 0,04; Szliács 0,10 i t. d. Woda żelazista lecznicza polecaną bywa w tych samych chorobach, co i wymienione wody zdrojowe żelaziste, a mianowicie: w blednicy, w małokrwistości, w osłabieniach po ciężkich chorobach lub krwotokach, w niemocy płciowej, nasieniotoku, w zaburzeniach w miesiączkowaniu, w przewlekłych chorobach macicy, bezpłodności, skłonności do poronień i t. p. Dla przeważnej części chorych wskazany jest równoczesny pobyt letni, nadzorowany przez lekarza, w klimacie wysokogórskim, w innych zaś w racyonalnie prowadzonych zakładach hidryatycznych (p. niżej). W chorobach kobiecych sprzyja leczeniu równoczesne stosowanie leczniczych kąpieli gazowych lub gazowosłonych (p. niżej). Wodę żelazistą pije się rano naczczo w ilości $^1/_2$—$1^1/_2$ szklanki. Dla chorych z wrażliwym żołądkiem należy polecić wodę półgrzaną lub rozcieńczać wodą alkaliczno-słoną Nr. VI. W ciągu dnia można również podawać wodę żelazistą w małych dawkach na godzinę przed jedzeniem. Obecność soli kuchennej, siarkanu sodowego i węglanu magnowego w wodzie żelazistej zapobiega pojawianiu się zaparcia żywota. Gdyby się jednak pojawiło, to należy domięszać do wody żelazistej, wody słonej mocniejszej Nr. V, lub wody glauberskiej mocniejszej Nr. VII, a w razie pojawiania się biegunki, wody wapniowej Nr. X.

XVII. Arsenawa woda lecznicza jest 10-miligramową, $^1/_4$-normalną wodą arszenikalną, składu chem. *p. m.*

KCl	0,10	
NaCl	0,40	
Na_2CO_3	1,50	(= 2,37 natr. bicarb.)
Na_3PO_4	0,50	
As_2O_3	**0,01**	
Soli suchych	2,51 gm. *p. m.*	

Arsenawa woda lecznicza podnosi odżywienie, przyspiesza osadzanie się tkanki tłuszczowej i wzrost kości. Posiada to samo działanie, co i zdroje arszenikalne i polecaną bywa w tych samych przypadkach, co i zdrojowe wody arszenikalne, a mianowicie: w małokrwistości, wychudnieniu, zołzach przy równoczesnym obrzęku gruczołów i zajęciu skóry, w zakażeniu zimniczem, pląsawicy, nerwobólach, łuszczycy i t. p. Działanie wody arsenawej wzmaga się przez równoczesny pobyt letni w miejscach klimatycznych lub uzdrowiskach wysokogórskich (p. niżej), w innych zaś przypadkach przez równoczesne leczenie w zakładach hidryatycznych (p. niżej). Wodę arsenawą leczniczą pije się pod nadzorem lekarskim po $^1/_4$—$^1/_2$ szklanki (50—100 gm. odpowiednio $^1/_2$—1 mg. arszeniku) naraz, najstosowniej po lekkiem śniadaniu i w takiej samej ilości 2—3 razy w ciągu dnia. Dawkowanie należy stopniować, rozpoczynając od 50 c^3 naraz. Obecność dwuwęglanu sodowego i chlorku sodowego w wodzie arsenawej przyczyniają się do łatwiejszego jej przyswajania, a sól fosforowa sprzyja odżywianiu. W razie potrzeby rozcieńczenia wody arsenawej najodpowiedniejszą jest ku temu woda alkaliczno-słona Nr. VI. Dla osób skłonnych do biegunki należy domięszać wody wapniowej leczniczej Nr. X. Dyeta przy stosowaniu wody arsenawej ma być pożywna, lecz łatwo strawna; tradycyjnie pomija się potrawy kwaśne i korzenne.

XVIII. Arseno-żelazista woda lecznicza jest to 6-miligramowa $^1/_4$-stopniowa woda mineralna arseno-żelazista, o składzie chem *p. m.*

	KCl	0,100	
	NaCl	0,500	
	Na_3PO_4	0,200	
Pyrof.	Fe Na	**0,500**	
	Na_2CO_3	1,000	(= 1,58 natr. bicarb.)
	$MgCO_3$	0,200	(= 0,35 magn. bicarb.)
	As_2O_3	**0,006**	
Soli suchych		2,506 *p. m.*	

Zamiast pyrofosforanu żelazowo-sodowego można z korzyścią użyć do utworzenia wody żelazistej dwuwęglanu żelazawego.

Woda arseno-żelazista łączy w sobie działanie arsenu i żelaza: przyspiesza odżywienie i tworzenie się tkanki tłuszczowej, poprawia skład krwi przez zwiększanie się w niej krwinek czerwonych. Stosuje się ją w tych samych stanach chorobowych, co i zdroje arseno-żelaziste: Roncegno 0,109; Levico 0,008; Srebrenica 0,006; Mitterbad i t. p. Ze względu, że woda arseno-żelazista lecznicza zawiera tylko mierne ilości arszeniku, zamiast zaś soli (koperwasu żelaza i ałunu) drażniących żołądek, a zawartych w wodach arszenikalnych rodzimych, — tylko łagodnie działający pyrofosforan żelazowo-sodowy w rozczynie węglanu sodowego, jest ta woda łatwo strawną i może być stosowana w większej ilości, niż wody arszenikalne rodzime, a mianowicie po $^1/_2$—1 szklanki (100—200 c^3 odp. $^1/_2$—1 mg. arszeniku) rano po spożyciu lekkiego śniadania i po tyleż podczas dnia pomiędzy jedzeniami. Dawki należy stopniować, poczynając od $^1/_4$ szklanki. U osób z wrażliwem trawieniem można podawać wodę na pół grzaną. Przytem zachowuje chory dyetę pożywną, lecz łatwo strawną, wolną od kwasów. Pojawienie się zaparcia żywota wymaga użycia mocniejszej wody glauberskiej Nr. VII, najstosowniej na noc po 1—2 szklanek. Do rozcieńczenia wody arseno-żelazistej służy woda alkaliczno-słona Nr. VI. Wodę arseno-żelazistą poleca się w tych samych przypadkach chorobowych, co wyżej wymienione zdroje arszenikalne, a mianowicie: w błednicy, małokrwistości, wychudnieniu, zołzach z obrzękiem gruczołów lub ze schorzeniem skóry, w zakażeniu zimniczem, w chorobach nerwowych na tle błednicy lub małokrwistości, w pląsawicy, nerwobólach, w chorobach skóry i t. d. Leczeniu sprzyja równoczesny pobyt letni w stacyach klimatycznych lub uzdrowiskach górskich (p. niżej), lub w zakładach hidryatycznych (p. niżej), przyczem chory musi pozostawać pod ciągłą opieką lekarską.

Powyżej wymienione wody mineralne lecznicze[2]) obejmują prawie wszystkie sole mineralne, jakie się stosuje w praktyce klinicznej i balneologicznej. Rozumie się, że ilość stosowanych wód leczniczych, objętych powyższym wykazem, nie jest jeszcze wyczerpaną. Są one tylko typami dla całego szeregu wód leczniczych. Każdy lekarz może stososownie do przypadku chorobowego zmieniać skład jakościowy i ilościowy, jakoteż zgęszczenie wody leczniczej, trzymając się zasad wyżej przytoczonych. W celach leczniczych mogą być zresztą stosowane wszystkie inne wody lecznicze, będące dziś w użyciu, byleby nie były ogłaszane jako leki specyficzne lub tajne, lecz miały skład chemiczny na flaszkach oznaczony. (Dok. nast.)

III. Z zakładu higieny Uniwersytetu Jagiellońskiego i c. k. powszechnego Zakładu do badania środków spożywczych w Krakowie.

Nowoczesne sposoby odkażania mieszkań.

Napisał
Dr. Leonard Bier
adjunkt zakładu.

(Ciąg dalszy).

W lecie r. 1898 rozeszły się z fabryki wyrobów chemicznych Lingnera w Dreznie prospekta, polecające odkażanie mieszkań zapomocą formaliny. Według prospektu tego należało sprawę odkażania mieszkań uważać za rozwiązaną dzięki dodaniu do formaliny 10% gliceryny i użyciu nowego przyrządu, wyrobu fabryki Lingnera. Walther i Schlossmann[26]), wynalazcy tego nowego sposobu stosowania formaliny, rozpylają ową glicerynowaną formalinę do przestrzeni odkażonej zapomocą pary wodnej, otrzymywanej przez gotowanie wody w osobnym zamkniętym kociołku, z którego przechodzi trzema rurkami do zbiornika zawierającego „glikoformol". Dodatek gliceryny służyć miał do zapobieżenia polimeryzacyi aldehydu. Dwa litry gliko-

[2]) Za gorliwą pomoc, jakiej mnie udzielił Kol. Dr. L. Salaban w toku niniejszej pracy, na tem miejscu bardzo uprzejmie Mu dziękuję. Przypisek Autora.

[26]) Berl. klin. Wsch. 1898 Nr. 25.

formolu, rozpylone parą wodną z $1^1/_2$ *l.* wody, miały odkażać w przeciągu sześciu godzin mieszkanie objętości do 80 m³, zabijając wszystkie bakterye. nawet bardzo oporne zarodniki bakteryj ziemnych, specyalnie przyrządzonych. Liczne kontrole działalności tego przyrządu, oraz wartości praktycznej sposobu odkażania mieszkań przy jego użyciu, nie potwierdziły tych wyników i tych nadziei, jakie zapowiadali wynalazcy w prospekcie fabrycznym przy puszczeniu przyrządu w świat. Już Czaplewskiemu[27]) nie udało się zabić w przestrzeni 50 m³ nietylko zarodników wąglika, ale nawet gronkowca złocistego; Elsner i Spiering[28]) otrzymywali żywe bakterye po odkażeniu, jeśli je przykryli lub umieścili w miejscach mało dostępnych, np. kieszeniach. Również i Kaup nie otrzymał obumarcia zarodników wolno wystawionych bakteryj sianowych i bakteryj ziemnych; z zarodników wąglika nie przykrytych ginęło więcej niż połowa, z innych zaś bakteryj nie przykrytych 75—100%. W czterech doświadczeniach, wykonanych w zakładzie, jakoteż w szpitalu św. Łazarza wspólnie z kolegą Batko, podówczas asystentem zakładu, obecnie zaś zastępcą dyrektora stacyi kwarantanowej w Suezie, nie zdołaliśmy zabić zarazków, przykrytych chustką, kocem, materacem, ukrytych w otwartej szafce nocnej i w skrzyni niezbyt szczelnej. Podobne wyniki mniej lub więcej korzystne, niedostateczne jednak przy przykryciu zarazków, otrzymali Schönfeld[29]), Pfuhl[30]), Dzierzgowski[31]), Friedemann[32]) i Schneider[33]). Na podstawie tych tak licznych prac nie można uważać sposobu stosowania formaldehydu, zaleconego przez Lingnera, za sposób, ziszczający te nadzieje, jakie łączono z wprowadzeniem formaldehydu do odkażania mieszkań. Działa on odkażająco, jak i sposoby poprzednie, tylko na powierzchni, a nie wnika w głąb przedmiotów, działa tu jednak, podobnie jak sposób Trillata (autoclav formogene), znacznie pewniej, bo zawsze zabija znane zarazki chorób zakaźnych. Przy porównaniu z poprzednimi nie brak mu jednak i wybitnych stron ujemnych, mianowicie wytwarza on lepki nalot na przedmiotach, pochodzący z osiadłej gliceryny, bądźcobądź niszczący przedmioty, oraz niezwykle silny zapach formaldehydu, którego nie można pozbyć się z mieszkania nawet kilkudniowem wietrzeniem. Jeżeli obok tego dodamy znaczną cenę glikoformolu (2 *l.* potrzebne na 80 m³ kosztują 12 koron) i podlegający łatwo zepsuciu dosyć drogi przyrząd, którego z powodu zbyt złożonej budowy nie naprawi zwykły blacharz lub kotlarz, lecz tylko mechanik, zrozumieć łatwo, że ten sposób odkażania mieszkań nie mógł znaleźć zastosowania w praktyce.

Przeglądając wyniki doświadczeń ze wszystkimi powyżej wymienionymi przyrządami, wywiązującymi formaldehyd, stwierdzić trzeba, że żaden z nich nie odkaża przedmiotów w głębi. Nawet przy zastosowaniu tak znacznej ilości formaldehydu na 1 m³, jakiej dostarcza przyrząd Lingnera (7, 5 gr.), nie otrzymuje się odkażenia w głębi, jak i przy stosowaniu 1 gr. w przyrządzie Scheringa. Drugim faktem, wynikającym z doświadczeń tych, jest pewniejsze działanie na powierzchni formaldehydu, wydzielonego przyrządem Trillata *(autoclave)* i Lingnera, aniżeli z lampek, spalających alkohol i zamieniających paraldehyd na gaz. Zadawano sobie tedy pytanie, czy formaldehyd może zadziałać w głębi, czy posiada zdolność wnikania w przedmioty w ilości dostatecznej, nadto w jaki sposób i w jakich warunkach wogóle działa? Zasługa wyświetlenia tych dwóch pytań, nietylko ważnych dla teoryi odkażania, przypada w udziale higienistom, Rubnerowi w Berlinie i Prausnitzowi w Gracu, głównie jednak pierwszemu.

Już badania Strüvera[34]) nad zachowaniem się aldehydu, wydzielonego do jakiejkolwiek przestrzeni o znanej objętości, wykazały, że znika on szybko z powietrza. Peerenboom[35]), stwierdzając ten fakt, przekonał się również wspólnie z Rubnerem[36]), że przyczyną znikania pary aldehydu jest polimeryzacya. Z arkusza bibuły, umocowanego na ścianie przestrzeni odkażonej, otrzymali ci badacze paraldehyd, cechujący się małą rozpuszczalnością w wodzie. Inny jeszcze fakt ważny wynika z doświadczeń Peerenbooma i Rubnera: para formaldehydu nie osiada w jednakowym stopniu na rozmaitych przedmiotach. Wełna pochłania jej dwa razy więcej, aniżeli bawełna, ilość zaś minimalna asbest. Porównując wyniki tych doświadczeń z zachowaniem się innych gazów wobec rozmaitych ciał, badacze wymienieni twierdzą, że zdolność pochłaniania pary formaldehydu idzie najprawdopodobniej równolegle ze zdolnością higroskopijnego pochłaniania pary wodnej. Wnikając do przedmiotów porowatych, np. do ubrań, materaców, pościeli, i t. d., ulega formaldehyd chłonieniu przez ciała, z których przedmioty te wyrobiono, a w miarę oziębienia — polimeryzacyi, zagęszczeniu na ciało stałe, które oczywiście głębiej wnikać nie może. Prócz chłonienia i zgęszczania się na niedostateczne do odkażania w głębi wnikanie pary aldehydu wpływa jeszcze i ta okoliczność, że ciężar gatunkowy (drobinowy) gazu tego jest prawie ten sam, co i powietrza, przez co i dyfuzya jego w głąb przedmiotów, wobec braku różnicy w ciśnieniu byłaby, pomijając chłonienie i zgęszczanie się, niemożliwą w tak krótkim czasie, w jakim odkażenie mieszkania winno być dokonanem. Oto wyjaśnienie dlaczego formaldehyd nie odkaża w głębi. Dlaczego jednak nie działa zawsze pewnie i na powierzchni przedmiotów? Pewniejsze działanie na powierzchni przy zastosowaniu formochlorolu i przyrządu Lingnera wobec niepewnego działania suchej pary, nasuwało pytanie, czy para wodna, wydzielana równocześnie i obficie przy tym sposobie stosowania formaliny, nie odgrywa tu roli ważnej? Weźmy flaszkę o szerokiej szyjce zamkniętej korkiem, przez który przeprowadzono próbówkę szklaną. Zamieńmy w niej na gaz przez ogrzanie do 150° C pewną ilość paraldehydu, a następnie oziębiajmy próbówkę od wewnątrz wodą, później lodem i solą, a na powierzchni części próbówki zawartej we flaszce skropli się para wodna, będąca w powietrzu flaszki (Peerenboom). Ta nieznaczna ilość pary wodnej osiadłej na próbówce, badana w kierunku zawartości formaldehydu, wykazuje połowę całkowitej ilości odparowanego formaldehydu we flaszce. W parze wodnej, osiadającej na przedmiotach, należy zatem

[27]) Münch. med. Wsch. 1898 Nr. 41.
[28]) Deut. med. Wsch 1898 Nr. 46
[29]) Deut. med. Wsch. 1898 Nr. 40.
[30]) Hyg. Rundschau 1898 Nr. 23.
[31]) Gazeta lekarska 1899 Nr. 6 i 7.
[32]) Deut. med. Woch. 1899 Nr. 50.
[33]) Archiv f. Hyg. 1899 Bd. 39.

[34]) l. c.
[35]) Hyg. Rundschau 1898 Nr. 16.
[36]) Hyg. Rundschau 1899 Nr. 6.

dopatrywać się niejako przenośnika formaldehydu, czynnika zapobiegającego polimeryzacyi, głównego pośrednika w odkażających jego własnościach.

Jak wielkie znaczenie dla skutecznego odkażenia formaldehydem posiada dostateczna ilość pary wodnej, dowodzi inne doświadczenie Peerenbooma i Rubnera. Przeprowadźmy parę suchego formaldehydu przez dwie kolbki o równej objętości, zawierające jednakową ilość nitek, napojonych zarazkami zarodnikującymi i niezarodnikującymi. Kolbki powinny różnić się tem, że jedna z nich zawiera powietrze wysuszone chlorkiem wapna, drugiej zaś ściany zwilżamy wodą. Badanie żywotności zarazków w kolbce suchej okazuje zdolność ich do rozwoju, bez względu na zdolność zarodnikowania, podczas gdy zarazki stykające się z taką samą ilością aldehydu w kolbie wilgotnej stracą żywotność, wraz z ich zarodnikami. Nadto w kolbce suchej zauważyć można lekki nalot białego paraformaldehydu. Wszelkie przeszkody, utrudniające osadzanie się pary wodnej na przedmiotach, zbytnie ich ogrzanie lub napojenie tłuszczem, uniemożliwiają odkażenie. Powietrze mieszkań odkażanych zawiera jednak nieraz dosyć różne ilości wilgotności względnej. Chcąc przeto otrzymać pewne odkażenie na powierzchni przedmiotów przy stosowaniu formaldehydu do odkażania mieszkań, należy powietrze pokoju przepoić parą wodną przez wyparowanie wody w ilości potrzebnej do wysycenia powietrza o ciepłocie pokojowej i znanej objętości pokoju. Doświadczenia Hammerla i Kermannera z pracowni higienicznej Prausnitza w Gracu, prawie równocześnie wykonane z Peerenboomem, innym jednak sposobem, stwierdzają znaczenie pary wodnej w skuteczności odkażających własności formaldehydu.

Stosowanie formaldehydu do odkażania mieszkań, oparte na przytoczonych zasadach, dało wyniki o wiele lepsze od poprzednich. Schering zmodyfikował swój przyrząd, dodając doń kociołek do parowania wody („Aeskulap skombinowany“). Wyniki przy stosowaniu tego przyrządu były o wiele pewniejsze od wyników przy użyciu przyrządu pierwszego, oczywiście jednak tylko na powierzchni. Kaup wyparowując 3 grm. formaldehydu na 1 m^3 w ciągu 7 godzin, zabił 94% zarazków, wystawionych na powierzchni przedmiotów. Również i w jedynem doświadczeniu mojem, wykonanem zwykłym przyrządem Scheringa przy równoczesnem odparowaniu wody w ilości dostatecznej do nasycenia powietrza o ciepłocie pokojowej, nastąpiła śmierć wszystkich wolno wystawionych zarazków, nawet zarodników wąglika i wysuszonej plwociny gruźliczej; zarodniki wąglika, ukryte w kieszeni płaszcza, nie ginęły, natomiast wysuszona plwocina gruźlicza, ukryta w złożonym ręczniku, niewywołała w przeciągu 4-ech miesięcy gruźlicy u zaszczepionych świnek. Ta sama zasada stosowania formaldehydu przy równoczesnem wysyceniu powietrza zakażonych przestrzeni parą wodną, widoczna jest w przyrządach Flüggego,[37] Prausnitza[38]) i Czaplewskiego[39]), z których pierwszy formalinę wyparowuje, dwaj drudzy ją rozpylają strumieniem pary wodnej. Szczególnie przyrząd pierwszy wyróżnia się swoją prostotą, łącząc w sobie parowanie dostatecznej ilości wody i przeszkodę dla polimeryzacyi aldehydu w formalinie podczas gotowania. Według doświadczeń Brunna,[40]) wykonanych w pracowni Flüggego, można zapobiedz polimeryzacyi formaldehydu przez ogrzewanie do wrzenia rozczynów 8—10% formaliny. Wtedy równocześnie paruje woda i aldehyd; pozostała zaś reszta zachowuje prawie pierwotną zawartość aldehydu. W przyrządzie swym zastosował Flügge 8% rozczynu aldehydu, który otrzymuje przez rozcieńczenie 1 części formaliny z 4-ma częściami wody. Wszystkie te przyrządy tak Fluggego, jak zmodyfikowany Scheringa, Prausnitza i Czaplewskiego, działają, jak to bardzo liczne doświadczenia innych i moje dowodzą, z tą pewnością, że prawie do 100% wolno wystawionych zarazków obumiera, zabijają one nawet więcej niż połowę zarodników wąglika. Doświadczenia moje z przyrządami Flüggego i Prausnitza wykonałem dzięki uprzejmości p. Dra Wilkosza, zastępcy fizyka miasta Krakowa, który na zalecenie moje sprowadził dla miasta przyrząd Flüggego. Za uprzejme pozwolenie korzystania z tych przyrządów składam mu na tem miejscu serdeczne podziękowanie.

Doświadczenia te wykonałem częściowo w zakładzie, częściowo zaś w mieście, w mieszkaniach prywatnych z okazyi dosyć licznych zachorowań z powodu płonicy a stosowałem nietylko 2,5 grm na 1 m^3 przestrzeni przez 7 godzin (wzgl. 6 Prausnitz), lecz również 5 grm. formaldehydu przez $3\frac{1}{2}$ (wz. 3) godzin przy odparowaniu ilości wody, wskazanej przez wynalazców dla wysycenia powietrza. Dla osiągnięcia pewnego skutku odkażenia ważną niezmiernie jest rzeczą dobre uszczelnienie okien, drzwi i pieca, aby przeszkodzić szybkiemu ulotnieniu aldehydu. Jak wielką doniosłość praktyczną posiada uszczelnienie, przekonać się mogłem w doświadczeniach moich. Sierżant straży pożarnej, wyznaczony przez zarząd miasta do wykonywania odkażania, któremu po pouczeniu o sposobach stosowania przyrządów i wykonywania odkażania wogóle przy użyciu formaliny, pozostawiłem później z rozmysłu zupełną swobodę, w niektórych mieszkaniach gdzie sam nie dopilnowałem uszczelnienia otworów w palenisku kuchennem, otworów tych nie zaopatrzył zupełnie, lub też niedostatecznie. W mieszkaniach tych wynik odkażenia był niezupełny, natomiast w mieszkaniach, gdzie zwróciłem na to uwagę i dopilnowałem zalepienia gliną drzwiczek paleniska kuchennego i szpar w t. zw. blasze oraz drzwi i okien bardzo nieszczelnych, wynik był w zupełności zadowalniający. Uszczelnienia dokonać można rozmaitymi środkami. Do okien i drzwi nadają się najlepiej wałeczki waty, sprzedawane do tego celu, wzgl. szmatki długie, zwilżone rozczynem środka odkażającego; rozbite szyby zalepiać należy podobnie, jak i otwory do wietrzenia, grubym papierem, posmarowanym klajstrem, szyby pęknięte zaś kitem szklarskim. Do bardzo nieszczelnych okien i drzwi, jak również otworów w kuchennem palenisku i t. zw. blasze, według mego doświadczenia znakomicie nadaje się dobrze rozrobiona glina, dająca się łatwo zmyć i nie niszcząca przedmiotów. Zwłaszcza w mieszkaniach ludności uboższej, gdzie tego rodzaju nieszczelności częściej się spotyka, glina oddaje dobre usługi.

(Ciąg dalszy nast.).

[37]) Zeit. f. Hyg. u. Infek. Bd. 29.
[38]) München. med. Wochen. 1899.
[39]) Münch. med. Woch. 1898, Nr. 41.

[40]) Zeit. f. Hyg. u. Infk. Bd. 30.

IV. Z kliniki chorób wewnętrznych Radcy Dworu Prof. Dra Edwarda Korczyńskiego w Krakowie.

Badania przemiany pierwiastków w rozmiękczeniu kości.

Podał
Doc. Dr. L. Korczyński.

(Dokończenie).

Zestawiwszy w ten sposób wyniki z oznaczeń przemiany pierwiastków w rozmiękczeniu kości, mimowoli poruszyć jeszcze muszę dwie sprawy: sprawę kierunku dalszych badań i sprawę samej istoty choroby. Co do pierwszej wydaje mi się rzeczą właściwą, aby, przy koniecznym w tym razie odpowiednim podziale pracy, zająć się poznaniem wielu jeszcze szczegółów z przemiany materyi, nieznanych i niebadanych w rozmiękczeniu kości. Za rzecz konieczną uważałbym między innemi oznaczenia bezwodnika kwasu węglowego, któreby dały miarę do ocenienia przemiany istot bezazotowych, oznaczenia ilości i wzajemnego stosunku wszystkich połączeń azotowych, wydzielanych przez ustrój, oznaczenia ilości istot trujących w moczu, jeśli nie drogą rozbiorów chemicznych, to przynajmniej drogą doświadczeń na zwierzętach. Niemniej ważne wydają mi się badania nad wydzielaniem niektórych kwasów, znajdujących się w ustroju fizyologicznym, przedewszystkiem nad wydzielaniem kwasu gliceryno-fosforowego i siarkowego, przy równoczesnem oznaczaniu fosforu, potasu i wapna w moczu i w kale.

Po wykonaniu naszkicowanego planu, łatwiej niewątpliwie przyjdzie wyrobić sobie właściwy sąd o rozmiękczeniu kości i o istocie samej choroby. Już dziś jednak zaznaczyć mi wypada, że samej sprawy w kościach, uległych rozmiękczeniu, nie uważałbym za sprawę esencyonalną. Może nią być w pojęciu klinicznem i anatomicznem, ale nie w pojęciu patologicznej biologii, jeśli mi użyć wolno tego określenia. W ostatnich czasach dość głośno wypowiada się zdanie, że pośrednią przyczyną choroby jest zatrucie toksynami, a trudno o związkach tych przypuścić, aby działały li tylko na układ kostny. Mamy zresztą dowody, że wyłączności takiej niema. Świadczą o tem zmiany zanikowe i zwyrodnienia, stwierdzane w mięśniach chorych, świadczą oznaczenia azotu, wykazujące nierównomierność w zużytkowywaniu i w spalaniu ciał białkowatych, świadczą wreszcie obrazy anatomiczne szpiku kostnego, jajników i, rzadsze od tamtych, zmiany w gruczołach przyusznych. Także w wynikach badań krwi dopatrywać można skutków ogólnego działania toksyn. W krwi chorych na rozmiękczenie kości, jeśli nie zawsze, to w każdym razie bardzo często, spotkać można w ilości zwiększonej ciałka eozynowe, jak w spostrzeżeniu Arcoli'ego nawet do 20%; twory, które zjawiają się prawie stale w następstwie działania pewnych czynników, wywierających wpływ drażniący w ustroju.

Przyjąwszy za podstawę stanu patologicznego zjawianie się toksyn w tej ilości, że działać mogą szkodliwie, w naturalnem następstwie przyjąć także trzeba, że nie dostają się one z zewnątrz, że tworzą się w samym ustroju. Przyczyny szukać tu można jedynie tylko w nieprawidłowej przemianie ciał białkowatych, wywołanej obniżeniem biologicznej sprawności ustroju. Czy jednak tego rodzaju obniżenie przyjąć wolno? Czem je wytłómaczyć?

Okoliczność, że rozmiękczenie kości w przeważnej części przypadków zjawia się po licznych porodach, zwłaszcza, jeśli warunki odżywcze i zdrowotne są nieodpowiednie, ułatwia twierdzącą odpowiedź na pierwsze pytanie, pozwala także odpowiedzieć na pytanie drugie. U kobiet, odbywających częste porody, nie rozwiniętych należycie, zwłaszcza wtedy, jeśli warunki bytu nie są odpowiednie, występują często w czasie ciąży bardzo liczne objawy, wskazujące na obecność zaburzeń odżywczych, w czasie karmienia rozwijają się nierzadko sprawy chorobowe, których dawniej nie było, pogarszają sprawy, istniejące już przedtem, że wspomnę tu tylko o niedokrewności, błednicy, gruźlicy. Podczas samej ciąży, o ile niema po temu odrębnych powodów, sprawy powyższe przynajmniej pozornie przycichają. Widocznie ustrój kobiety pracuje z całym wysiłkiem, na jaki go stać tylko, aby podołać zadaniom wytwórczym, złączonym z życiem i z rozwojem płodu. Czy w zmniejszaniu się własności trujących moczu kobiet ciężarnych, a więc w zmniejszaniu się ilości toksyn, wydzielanych z moczem, nie wolno upatrywać także tej zwiększonej energii czynnościowej ustroju? Wysiłki takie nie zawsze mogą być bezkarne; znosi je bez szkody ustrój zdrowy i silny, ustrój wątły i słaby odczuwa je nadmiarę, w danym razie wprost im podołać nie może. Po okresie nadmiernego podniecenia czynnościowego i przesilonej pracy nastaje okres znużenia i wyczerpania, okres zmniejszonej biologicznej pobudliwości i zmniejszonej wydatności biologicznej pracy. Stopień wyczerpania i zakres zmniejszonej energii mogą być nader różne, różnemi też będą, jak to łatwo zrozumieć, następstwa i objawy nieprawidłowej czynności.

Zmniejszenie stopnia i wydatności pracy biologicznej znosić może ustrój tylko do pewnych granic; przekroczenie ich równa się ustawaniu bytu i życia. Przed ostatecznością tą bronić się musi ustrój i bronić istotnie może dzięki pewnym urządzeniom wyrównawczym, które polegają na tem, że pewne narządy zwiększają po nad zwykłą miarę swą czynność i albo wprost wspierają i uzupełniają pracę całego ustroju, albo też czynią to pośrednio przez zwiększone wytwarzanie i wydzielanie pewnych istot, służących w części do tego, aby stanowić biologiczną podnietę dla innych narządów, w części zaś do tego, aby niejako wykończać niedokładną i niezupełną pracę tych narządów, czyli innemi słowy, zobojętniać względnie niszczyć szkodliwe wytwory pośrednie przemiany pierwiastków.

Ze zjawiskami wyrównawczemi spotykamy się tak często w przebiegu różnych spraw patologicznych, znanych nam dokładnie, że przez analogię samą przyjmować je wolno i trzeba tam, gdzie wiadomości nasze o istocie i o toku sprawy chorobowej bardzo są jeszcze niedokładne i niepewne. Odnośnie do spraw znanych, wskazać tu można na zastępczą pracę serca w przebiegu chorób płuc, skóry i jelit w przebiegu chorób nerek, gruczołu tarczykowego w przebiegu pewnych zatruć (wól endemiczny, zatrucia w okresie pokwitania, w ciąży) i t. d.

Przyjąwszy jako właściwe tło sprawy chorobowej, nazwanej rozmiękczeniem kości, obniżenie biologicznej sprawności i pobudliwości tkanin, oraz wynikające z tego nadmierne wytwarzanie się toksyn, przyjąć także trzeba w naturalnem i logicznem następstwie zjawianie się czynności wyrównawczych. Spełniają je z wielkiem prawdopodobień-

stwie szpik kostny i jajniki; opierając się na spostrzeżeniach Damscha, tę samą rolę w niektórych wypadkach przypisać można także i gruczołom przyusznym. Pierwszy z wymienionych narządów zmienia swe utkanie, zamienia się na nowo na szpik zarodkowy czerwony, dwa drugie stają się soczystsze, jędrniejsze, zwiększają niekiedy wyraźnie swą objętość, nie zmieniając przytem istotnego utkania. Zmiany te stoją, jak z wszelkim prawdopodobieństwem przypuszczać można, niewątpliwie w ścisłym związku ze zwiększoną pracą biologiczną, którą narządy te spełniać mają. Źródłem jej może być tylko istota komórkowa. Ilość komórek wzróść więc musi bezwarunkowo, zużywanie się komórek musi być przy większej pracy większe, odnawianie się i odbudowywanie szybsze i energiczniejsze. Wynika ztąd potrzeba zwiększonego dowozu materyałów wytwórczych i odżywczych Właściwą istotę komórek, zwłaszcza zaś najważniejszej ich części, jąder, stanowi ciało białkowate — nukleina, a więc większe jest zapotrzebowanie tego ciała, zamożnego w fosfor, większe zapotrzebowanie fosforu, azotu i potasu. Fosfor i potas stanowią jednak obok magnezyi i wapna najważniejsze składniki istoty kostnej kości. Pewien niedostatek w ich ilości, wywołany nadmiernym zbytem, zaspokajającym jednostronne potrzeby, powodować musi niedokładności w kostnieniu.

Tworzenie się i odnawianie utkania komórkowego nie jest jednak jedynem miejscem zbytu dla fosforu. Przypuścić można a nawet trzeba, że stanowi on ważny czynnik przy tworzeniu się istot, wydzielanych dla potrzeb ustroju przez wspomniane narządy, przypuścić, w myśl doświadczeń Traczewskiego, że tworzy z niemi pewne związki organiczne. A więc drugi powód niedoboru fosforu dla powstawania połączeń chemicznych nieorganicznych, potrzebnych nieodzownie do tworzenia się i odnawiania prawidłowego istoty kostnej. Zasady jednak nie mogą pozostać jako takie, nie połączyć się z kwasami na sole; sole tworzą się, ale w składzie, nieprzydatnym dla kostnienia. Łatwo ztąd pojąć, dlaczego odnawianie się kości jest nieprawidłowe, dlaczego rozwija się w nich sprawa, zwana rozmiękczeniem kości.

Jako dowody, mogące posłużyć na poparcie całego rozumowania, przytoczyćby można fakt zatrzymywania fosforu przez ustrój, stwierdzony mojemi oznaczeniami przemiany pierwiastków, zjawianie się w znacznie większej ilości kwasu fosforowego w kale, aniżeli to ma miejsce w warunkach fizyologicznych, jak niemniej stwierdzone wielokrotnie zatrzymywanie przez ustrój pewnej ilości azotu pokarmów. Nader ważne świadectwo dają tu także wyniki lecznicze, osiągnięte w osteomalacyi przez podawanie fosforu. Ważnych szczegółów dostarczyćby jeszcze mogły oznaczenia potasu. Gdyby się udało i w tym kierunku wykazać bilans dodatni, uzyskanoby jeden dowód więcej, że wydatniejszą i szybszą jest budowa i odbudowa komórek. Oznaczenia kwasu glicerynofosforowego stanowiłyby miarę dla ocenienia rozpadu nukleiny. Oznaczenia kwasu siarkowego w moczu i w kale przy równoczesnych oznaczeniach wapna i kwasu fosforowego, określenie wzajemnej zależności w wydzielaniu tych związków rozjaśniłoby spostrzeżenia kliniczne, wykazujące, że w przebiegu rozmiękczenia kości pojawiają się w jelitach i w kale w większej ilości siarkany, następstwem czego bywają biegunki, a przynajmniej obfite wolne stolce, szczegół stwierdzany względnie często w przebiegu osteomalacyi.

Jako dowody pośrednie na poparcie teoryi samopomocy ustroju i na wytłomaczenie powstawania rozmiękczenia kości skutkiem zmian chemicznych, spowodowanych sprawami biologicznemi, przytoczyć można kilka jeszcze szczegółów. Znaną jest rzeczą, że u kobiet ciężarnych rozwija się niekiedy sprawa, przypominająca cokolwiek sprawę rozmiękczenia, że tworzą się przytem w ustroju złogi soli wapniowych n. p. na łożysku, na błonach płodowych itd. zjawisko spostrzegane także w niektórych przypadkach osteomalacyi. Ustrój takiej kobiety nie mógł więc, czy nie umiał wytworzyć i zużytkować materyałów dla prawidłowej odnowy kości. Nie mógł, bo części tych materyałów — fosforu i potasu — potrzebował na budowę tkanin komórkowych rozwijającego się w łonie matki płodu. Po porodzie nastają warunki prawidłowe i mimo karmienia dziecka i znacznego zapotrzebowania wapna układ kostny wraca do stanu prawidłowego. W wieku dziecięcym, wśród największego ożywienia czynności rozwojowych, szybkiego rośnięcia, kostnienie odbywa się względnie bardzo powoli, bo na pierwszym planie stoi sprawa tworzenia i odnawiania się komórek. — W wieku dojrzałym nastaje zupełna równowaga. W wieku starszym kostnienie postępuje bardzo szybko, odnawianie się komórek jest już powolne, nowe nie tworzą się zupełnie.

Wszystko to razem wzięte bądź co bądź świadczyć może o tem, że ustrój posiada wszechstronną zdolność zastosowywania się do danych fizyologicznych warunków przez odpowiednie miarkowanie spraw biologicznych. A jeśli dzieje się tak w stanach zupełnego zdrowia, to zupełnie logicznym jest wniosek, że i w razie choroby biologiczne czynności w odpowiedni sposób, wprost w celach obrony, zmieniać się mogą.

V. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

Ze szpitala powszechnego w Stanisławowie pod kierunkiem Dra Konkolniaka.

Przypadek ciała obcego w krtani poniżej strun głosowych.

Podał

Dr. Leon Żuławski,
sekundaryusz szpitala.

Jakkolwiek kazuistyka ciał obcych w drogach oddechowych jest bardzo liczną, a w naszem piśmiennictwie przez prof. Pieniążka (patrz „Przegląd chirurgiczny" Z. III, T. 2) obszernie i pod każdym względem wyczerpująco została opracowaną, zamierzam przypadek swój, jego przebieg i leczenie opisać w tem przekonaniu, że zajmie on czytelnika i nie pozostanie bez pewnej korzyści.

Każdy niemal przypadek ciała obcego w drogach oddechowych okazuje pewną odrębność w zachowaniu się tego ciała, jak niemniej i w oddziaływaniu ustroju na ciało obce; ztąd też objawy patologiczne są zawsze odmienne, a spostrzeganie ich nie jest bez pewnej korzyści dla obznajomienia się doświadczalnie z przejawami fizyologicznymi i patologicznymi krtani. Odmienność przebiegu każdego przypadku prowadzi w następstwie do odmiennego zachowania się w postępowaniu leczniczem i z tego powodu każdy opis dobrze spostrzeganego ciała obcego w drogach oddechowych ma także wartość praktyczną.

Dnia 25 grudnia zeszłego roku zgłosił się do tutejszego szpitala Piotr G., liczący lat 15, skarżąc się na duszność

i kłucie w szyi przy oddechaniu i połykaniu. W wywiadach oświadczył, że pijąc barszcz przed dwoma dniami, zachłysnął się przy pierwszej łyżce, potem dostał napadu duszności i kaszlu i od tego czasu doznaje bolu w szyi po stronie prawej. Napad duszności i kaszlu trwać miał kilka godzin, poczem duszność dość znacznie się zmniejszyła, kaszel występował jedynie chwilami, a głównie dokuczał mu ból silny, kłujący, który przy każdem jedzeniu stawał się większym i zniewalał chorego do wstrzymywania się od picia i jedzenia.

Zewnętrzne badanie szyi dało wynik prawie ujemny, bo jedynie ucisk na prawą stronę krtani w okolicy chrząstki pierścieniowej wywoływał dotkliwy ból i napad kaszlu. Badanie przysłuchowe klatki piersiowej wykazało obecność szmeru cieśni krtaniowej (stenotycznego), po obu stronach tego samego odgłosu i nasilenia, a szmer ten słyszeć się dawał i na odległość.

Już same wywiady i badanie zewnętrzne wskazywały na zmiany w krtani, wywołujące zwężenie tego narządu, a badanie zwierciadłem stwierdziło, że zwężenie to wywołało ciało obce, które utkwiło w krtani pod strunami głosowemi Widoczne w zwierciadle części krtani powyżej więzadeł głosowych, jakoteż i same więzadła, nie przedstawiały żadnego śladu obrażenia; struny głosowe były tylko lekko przekrwione i nie rozchylały się w prawidłowych rozmiarach, przyczem po stronie prawej wybitnie mniej, niż po stronie lewej. Okolice chrząstek nalewkowych i fałdy nalewkowo-nagłośniowe przedstawiały się prawidłowo, bez śladu jakiegokolwiek oddziaływania. Nagłośnia była znacznie nachylona ku tyłowi i dlatego badanie, jakoteż i późniejszy zabieg śródkrtaniowy były nieco utrudnione. Po rozchyleniu się więzadeł głosowych przy oddechu widać z pod prawej strony głosowej sterczące ciało barwy białawej, o połysku ścięgna. Ciało to wystercza z kąta utworzonego przez prawą chrząstkę nalewkową z boczną ścianą i zwrócone jest nieco ku górze i ku przedniemu kątowi głośni. Podczas oddechu przy rozchylonych strunach głosowych miałem wrażenie, jakoby koniec ostry tego ciała sterczał ponad powierzchnią strun głosowych; na szerokość sięgało ono poza linię środkową głośni tak, że rozmiary szpary głosowej prawie do połowy były zmniejszone i ztąd dojście powietrza było znacznie utrudnione. To sprowadzało stałą duszność z objawem cieśni (szmeru stenotycznego), już z pewnej odległości słyszanego. (Vide Rysunek I.)

Wejrzenie i kształt tego ciała obcego wskazują, że mieliśmy do czynienia z płaskim odłamkiem kości o brzegach ostrych i nierównych, wbitym w krtań poniżej prawej struny głosowej. Od czasu do czasu występował krótki napad kaszlu i większej duszności, wywoływany bezsprzecznie drażnieniem dolnych powierzchni strun głosowych przez zwrócony ku górze brzeg blaszki kostnej; stwierdzić to mogłem przy każdorazowem poleceniu choremu wymawiania wysokiego *e*.

Chory, idąc za mojemi wskazówkami, zgłosił się do mego mieszkania prywatnego w celu usunięcia kości drogą śródkrtaniową. Ponieważ nagłośnia była, jak wyżej wspomniałem, znacznie nachyloną ku tyłowi, musiałem być z góry na to przygotowany, że zamierzając wejść do głośni szczypczykami, będę musiał nagłośnię przyrządem ku przodowi odchylić, żeby się uchronić od następowego kaszlu i kurczowego zamknięcia się głośni; to mnie zmusiło do dokładnego znieczulenia samej tylko nagłośni. Zwracam na tę okoliczność uwagę dlatego, że w zwykłych warunkach przy prawidłowem ustawieniu nagłośni można było śmiało wejść do krtani narzędziem bez kokainowania i schwycić ciało obce, zanim odruch nagłośni wystąpi; a kaszel i odruch samej głośni po chwyceniu ciała obcego szczypczykami może być raczej pomocnym. Przy operacyach w tylnej połowie krtani i przy prawidłowem nachyleniu nagłośni zwyczajnie nie używam kokainy, jeżeli nie mam do czynienia ze zbyt drażliwym osobnikiem i jeżeli sam zabieg da się wykonać za jednym ruchem ręki, jak n. p. przecięcie w zapaleniu ochrzęstnej nalewkowej. Kokainowanie nagłośni nie jest zabiegiem obojętnym, gdyż nieraz, czy to wskutek mechanicznego zmaltretowania, czy też pod wpływem kokainy, przychodzi do znacznego zwiotczenia nagłośni, następowego opadania jej ku krtani, co sprowadza utrudnienie w oddechaniu, trwające nieraz przez kilka dni; w tym przypadku miało to także miejsce.

Po dokładnem znieczuleniu nagłośni poleciłem choremu głęboko oddechać i w chwili największego rozchylenia się strun głosowych wszedłem szczypczykami krtaniowemi do głośni, chwyciłem za wystający brzeg kości i wykonując ruchy wahadłowe dla poruszenia wbitej kości, pociągnąłem i wydobyłem... narzędzie — próżne. W chwili cofania narzędzia usłyszałem charakterystyczny trzask, jaki wydały łapki szczypczyków po ześlizgnięciu się z kości. Blaszka kostna była tak silnie wbita, że ruchy wahadłowe wcale jej nie poruszały i przy następowych próbach stale ześlizgiwały się łapki szczypczyków. Wobec tego poleciłem choremu przyjść następnego dnia do dalszych prób.

Rysunek I.



Rysunek. II.



Badanie dnia 26/XII: chory skarży się na znacznie większą duszność i ból w krtani. Przy badaniu zwierciadłem widać nagłośnię jeszcze więcej niż dnia poprzedniego nachyloną ku tyłowi; aby przy głębokim wdechu otrzymać obraz wnętrza krtani, trzeba było nadać choremu pozycyę pochyloną ku przodowi. Wtedy stwierdzić było można struny głosowe nieco więcej przekrwione i widać, że brzeg ciała obcego nie dochodzi już na jakie dwa milimetry do linii środkowej głośni, zresztą brak wszelkich innych zmian, jak obrzęki itd. Nie ulega zatem wątpliwości, że ciało obce pogłębiło się, że przez ucisk więzadeł głosowych przy akcie oddechowym i mówienia ciało to wbija się coraz to bardziej, szpara głosowa zwiększa się, a duszność pomimo tego stała się większą. Ponieważ stan niedowładu (paretyczny) strun głosowych utrzymywał się w tymsamym stopniu, a obrzęków nie było, odniosłem tę zwiększoną duszność do większego nachylenia ku tyłowi nagłośni. Ponowne próby wydobycia ciała obcego na drodze śródkrtaniowej wypadły również ujemnie; wobec czego postanowiłem przez rozcięcie chrząstki pierścieniowej *(cricotomia)* uwolnić chorego od cierpień. Z przyczyn, niezależnych odemnie, mogłem dopiero po dwóch dniach dokonać w szpitalu operacyi.

Obserwując chorego przez te dwa dni, spostrzegłem stałe pogłębianie się ciała obcego i to tak szybkie, że w dniu operacyi można było go dopatrzeć zaledwie przy największem rozchyleniu strun głosowych, jako małą smugę barwy ścięgna popod więzadłem prawem. Szpara głosowa miała już swój kształt prawidłowy, jak poniżej przedstawiony rysunek wykazuje: (Vide Rysunek II).

Z tem szybkiem pogłębianiem się ciała zmniejszała się duszność, natomiast zwiększał się ból przy połykaniu i oddechaniu; głos był nieco chrypliwy, szmer cieśni (stenotyczny) ustąpił prawie zupełnie, struna głosowa lewa była prawidłowa, prawa nieco przekrwiona, wklęsła i mniej sprawna przy ruchach oddechowych i głosowych; nagłośnia w nachyleniu, jak przy badaniu pierwszem.

Dnia 28/XII. wieczorem po rozcięciu chrząstki pierścieniowej wydobyłem przez ranę kość płaską długości 2 ctm., a największej szerokości $1^1/_2$ ctm., o brzegach nierównych,

ostrych, kształtu poniżej na rysunku uwydatnionego (Vide Rysunek III.).

Po wyjęciu ciała obcego i osuszeniu krtani, zeszyłem brzegi chrząstki, powięzi i skóry, założyłem sączek w dolny kąt rany, a na to opatrunek aseptyczny.

Rysunek III.



Następnego dnia duszność i chrypka były znacznie silniejsze, badanie zwierciadełkiem wykazało znacznego stopnia niedowład strun głosowych i silne ich przekrwienie, a na bocznej ścianie krtani pod więzadłem prawem w miejscu ciała obcego — nalot barwy białej. Zastosowałem wdychiwania z chlorkiem amonowym i kokainą i zaleciłem zupełne wstrzymanie się od mówienia. Czwartego dnia po operacyi chory był zupełnie wolny od duszności i bólu przy oddechaniu, głos stał się czysty; jedynie utrzymywał się ból przy przełykaniu. Gorączki nie było, rana goiła się prawidłowo. Obraz krtani prawidłowy: pod więzadłem prawem utrzymuje się jeszcze ślad nalotu.

Dnia siódmego po operacyi wyjąłem szwy, a w kilka dni potem chory opuścił szpital w stanie zupełnego zdrowia.

Samo wpadnięcie w głośnię i przejście przez głośnię tak dużego ciała nie zadziwi nikogo, gdyż liczne spostrzeżenia wykazały, że przy akcie wdechu więzadła głosowe są zupełnie wiotkie i podatne tak, że wobec większego ciała obcego mogą się na boki uchylić i ciało obce przepuścić. W tym przypadku kość wpadła końcem ostrym *a* (Rys. 3), który wbił się nieco w błonę śluzową pod więzadłem prawem; w tej chwili wskutek dotknięcia się błony śluzowej głośni przez ciało obce nastąpił odruchowo skurcz, który uwięźniętą pomiędzy ścianami kość wbił głębiej w błonę śluzową krtani tak, że następujący po skurczu kaszel nie mógł już wyrzucić ciała obcego z głośni. Każdy następny skurcz wbijał to ciało głębiej; po dwóch dniach wystawało ono zaledwie nieco ponad płaszczyznę głośni. Że w tym przypadku kurcz głośni wykonywał pracę wbijania ciała tego w tkankę ściany krtani, wynika z historyi choroby. Dopóki ciało sterczało w głośni, objawy podmiotowe były cięższe i dopóty trwały napady kaszlu.

Przechodząc z kolei do leczenia, zaznaczyć trzeba, że chory zgłosił się nieco za późno tak, że usunięcie ciała obcego na drodze śródkrtaniowej operacyi z powodu znacznego wbicia się kości było prawie niemożliwem. Prawdopodobnie dałoby się uskutecznić w kilka godzin po przypadku, lub przy innej konstrukcyi łapek szczypczyków krtaniowych. Przypuszczam bowiem, że łopatki o brzegach ostrych wbiłyby się w kość i przy pociąganiu nie ześlizgnęłyby się, jak w moim przypadku przy użyciu szczypczyków o brzegach karbowanych. W danym przypadku groziło i to, że mogłem wyciągnąć wbitą kość i ta dopiero w chwili przechodzenia przez głośnię mogła mi się z łapek wysunąć i wpaść do tchawicy. Możliwość ta była jednym z głównych powodów, dla których zaprzestałem dalszych prób i doradziłem choremu rozcięcie chrząstki pierścieniowej *(cricotomia)*.— A teraz zachodziłoby pytanie, czy wobec ustępującej duszności, w miarę pogłębiania się ciała obcego, istniała konieczna potrzeba usunięcia go na drodze operacyjnej, która nie jest przecież zabiegiem obojętnym? Pomijając wskazanie, wypływające z dotkliwego bólu, jakiego chory doznawał przy połykaniu, uważam możliwość następowego zapalenia ropnego tkanki łącznej szyi, które mogło się w dalszym ciągu opuścić do śródpiersia, za jedyne, w tym przypadku rozstrzygające wskazanie do operacyi.

Z przebiegu opisanej choroby wynika, że jeżeli zostaniemy wezwani do podobnego przypadku drugiego lub trzeciego dnia, należy po pierwszej nieudanej próbie śródkrtaniowego wyjęcia przystąpić do tracheotomii.

* * *

VI. Wyciągi.

Gilbert A. i Lereboullet P. **Opoterapia w moczówce cukrowej.** (*Gaz. hebdom. de med. et de chir.* 1901, Nr. 81. Ref. w *Centralblatt für Stoffwechsel- und Verdauungskrankheiten* 1902, Nr. 4). G. i L. odróżniają dwie postacie moczówki cukrowej: moczówkę powstającą skutkiem niedostatecznej czynności wątroby (*diabète par ahépatie*) i moczówkę powstającą skutkiem czynności nadmiernej (*diabète par hyperhépatie*). W pierwszej postaci przydarzają się lekkie formy, ilość wydzielanego cukru bywa niewielka, poliurya mierna. Ciężkie objawy moczówki, jak zgorzel, śpiączka i t. d. należą do rzadkości. Wątroba bywa zbitsza i większa. Chorzy okazują najczęściej objawy skazy moczowej. Choroba rozwija się przeważnie u osób starszych, często po przebytej grypie, durze, zapaleniu płuc, róży, czasami dołącza się do kamicy wątrobowej. Drugą postać cechuje obfite wydzielanie moczu i cukru, znaczna aceturya. Rozmiary wątroby są znaczne, zbitość jej i kształt prawidłowe. (Wynika z tego, że autorowie uważają to powiększenie za czynnościowy przerost. *Ref.*). Postęp choroby jest w tej postaci szybki, objawy ciężkie. Śmierć nastaje wśród objawów śpiączki cukrzyczej. W jednej i drugiej postaci uzyskać można według autorów mniej lub więcej dodatnie wyniki zapomocą organoterapii. W pierwszej wskazane są przetwory wątroby, w drugiej przetwory trzustki, w postaci wyciągów. Skuteczność jednego w tych dwóch narządów jest ważnym szczegółem, służącym do rozróżnienia postaci moczówki cukrowej, a więc szczegółem rozpoznawczym. Zdanie to opierają autorowie na spostrzeżeniach, poczynionych na chorych.

Wdzięczniejszym materyałem do leczenia są chorzy, należący do pierwszej grupy, t. j. chorzy cierpiący na moczówkę, która rozwija się w następstwie niedostatecznej czynności wątroby. Wystarcza niekiedy kilka dawek po 12 grm. wyciągu wątroby, aby usunąć cukromocz. Niemniej jednak zalecają autorowie obok leczenia zastępczego także odpowiednią dyetę, wody alkaliczne, mięsienie wątroby; za przeciwskazane uważają przetwory makowcowe, bromowe, salicylowe. W drugiej postaci są powyższe leki wskazane, nie odpowiednie są za to wody alkaliczne. *L. K.* (Kr. kl. l.).

Perujo. **Przyczynek do rozpoznawania wrzodu dwunastnicy.** (*Ref. Centralblatt für Stoffwechsel- und Verdauungskrankheiten* 1902, Nr. 4). Za najwcześniejszy objaw wrzodu dwunastnicy uważa P. lekką żółtaczkę. W rzędzie innych podstaw rozpoznawczych wymienia znane zresztą ogólnie szczegóły, jak bóle, występujące w parę godzin po jedzeniu, niedokrewność, stolce krew zawierające. *L. K.* (Kr. kl. l.).

Gilbert A. i Lereboullet P. **Bezpośrednie mięsienie wątroby.** (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.* 1901, Nr. 77. *Ref. Centralblatt für Stoffwechsel- und Verdauungskrankheiten* 1902, Nr. 4). Łagodne mięsienie wątroby polecają G. i L. głównie przeciw zastojom w zakresie krążenia żyły bramnej, wywołanym bądź to przez niedomogę serca, bądź też przez marskość wątroby pierwotną lub następową (zanikową i przerostową). Dobre wyniki osiągnąć się dają niekiedy także w przypadkach kamicy wątrobowej i żółtaczki nieżytowej. Przeciwwskazane jest mięsienie przy wieńcogłówce (echinococcus), ropniu, raku i otłuszczeniu wątroby. *L. K.* (Kr. kl. l.).

Gudea y Calvo. **Wycięcie śledziony w zakażeniu zimniczem.** (*El Siglo médico. Ref. Centralbl. für Stoffwechsel- und Verdauungskrankheiten* 1902, Nr. 4). U 26-letniej kobiety z olbrzymim zimniczym obrzękiem śledziony, wyciął G. całą śledzionę (waga $3^1/_2$ funta). Po operacyi napady zimnicze powtarzały się dalej w tych samych, co przedtem odstępach czasu. Wycięcie śledziony wtedy jest tylko dozwolone, gdy niema leukocytozy, charłactwa zimniczego, a skrobiawica wątroby i śledziony jest wykluczona: śmiertelność wynosi około 11%. *L. K.* (Kr. kl. l.).

Geigel (Würzburg). **O krwotoku i zatorze mózgowym.** (*Deutsche Klinik am Eingange des XX. Jahrhunderts* 1901, Zeszyt 39). Obydwie te choroby wywołują szereg objawów, którym dajemy łączną nazwę „udaru mózgowego", a różniczkowe ich rozpoznanie z samych mózgowych objawów przedmiotowych jest prawie niemożliwe. Nie ilość krwi, która każdorazowo jest w jamie czaszki, lecz ilość jej, krążąca w jednostce czasu w naczyniach włosowatych mózgu, jest miarodajną dla odżywienia i prawidłowej czynności istoty mózgowej. Gdzie jednak ciśnienie śródmózgowe się podnosi, muszą się żyły i naczynia włosowate zwężać, co powoduje

zwolnienie krążenia, które oznaczamy jako *adiaemorrhysis cerebri* czyli złe ukrwienie mózgu. Stan ten zaburzonego krążenia powstaje przy krwotoku i zatorze mózgowym i każdy nagły zastój w krążeniu mózgu może wywołać podobne objawy, które występują w udarze mózgowym, mianowicie: omdlenie, zawroty, wymioty i nieprzytomność. Także objawy kliniczne, które zaliczamy do objawów wybitnie uciskowych, jak nieruchome źrenice, wciągnięty brzuch, zwolnienie tętna i t. d. mogą powstać przez zatrucie, osłabienie serca, mocznicę, śpiączkę cukrzycową, i nie są niczem innem, jak następstwem wzmożonego ciśnienia śródmózgowego, nagle powstałej. ostrej *adiaemorrhysis cerebri*.

Podczas udaru mózgowego miejscowe objawy porażenia nie występują jeszcze; natomiast pojawia się wkrótce ważna różnica odruchów, a szczególnie odruchu mięśnia dźwigającego jądro (*cremaster*). Jeżeli pociągniemy kończastem narzędziem po wewnętrznej stronie uda ku narządowi płciowemu, to spostrzeżemy, że u kobiet kurczą się włókna mięśnia skośnego wewnętrznego powyżej więzadła Pouparta, a u mężczyzn ściąga się prócz tego leniwo mięsień dźwigający jądro. Podczas udaru mózgowego brak zwykle po jednej stronie tego odruchu i po tej właśnie stronie spodziewać się należy porażenia kończyn. Objaw oczny i głowowy Prévosta (*déviation conjugée*) jest przelotnym i znika wraz z objawami udaru. Prócz przyczyn znanych krwotok mózgowy może powstać z powodu usposobienia krwotocznego, jak plamica, gnilec, lub ciężkie choroby krwi, np. białaczka i niedokrewność złośliwa. Jeżeli udar mózgowy wystąpi u człowieka młodego, nie cierpiącego na chorobę krwi lub kiłę, możemy z wielkiem prawdopodobieństwem przyjąć zator mózgowy, szczególnie jeśli stwierdzimy wadę serca. Wobec zatoru udar mózgowy o wiele szybciej sprowadza utratę świadomości, forma zaś przedłużonego udaru zdarza się zwykle przy krwotoku mózgowym.

Im większa jest nieprzytomność i im dłużej ona trwa, tem mniejsze są widoki wyjścia z udaru; a jeśli przy krwotoku mózgowym przytomność w przeciągu pierwszych 24 godzin nie wraca — choćby tylko na krótką chwilę, rokowanie jest bardzo złe. Również rokowanie jest bardzo niepomyślne, jeżeli występuje charczenie, objaw oddechowy Cheyne-Stokesa, nieruchomość źrenic, jeżeli tętno bardzo wolne staje się zbyt częstem, jeżeli brzuch jest nieckowato wciągnięty i powtarzają się wymioty. Natomiast przy zatorze mózgowym polepszenie jest jeszcze możebne, pomimo, że nieprzytomność trwa 24, a nawet 48 godzin i więcej. Z drugiej strony pomyślniej można rokować, jeżeli nieprzytomność nie jest zupełną, jeżeli szybko znika, i jeżeli chorzy pierwszego dnia przynajmniej na pewną chwilę ocknął się z nieprzytomności. Zator występuje z upodobaniem po stronie prawej; porażenie czasami ustępuje nadzwyczaj szybko, i może po kilku dniach lub tygodniach zupełnie zniknąć. Z drugiej strony porażenie po krwotoku często jeszcze w późniejszym przebiegu znacznie się może poprawić.

W czasie krwotoku mózgowego nie wolno zmniejszać ciśnienia czaszkowego, jak to najczęściej czynią lekarze przez stosowanie worka z lodem; gdyż tylko wzmożone ciśnienie, — aczkolwiek spowodowało napad, — tamuje krwotok i w tej chwili, kiedy zbitość mózgu i wzmożone ciśnienie śródmózgowe wyrównują ciśnieniu tętniczemu, ani kropli krwi nie może ubyć krążeniu. Worek lodowy należy stosować dopiero wtedy, kiedy ciężkie objawy mózgowe wskazują, że jest czas najwyższy za każdą cenę poprawić krążenie w mózgu, aby nie zostało wstrzymane przez ucisk. Oczywiście, jeśli już worek lodowy na głowie był zastosowany, należy go zostawić, gdyż po jego usunięciu mogłyby się wzmódz objawy udaru. Upust krwi można stosować jako środek ostateczny, jeżeli tętnice dogłowowe silnie tętnią, a tętno jest wielkie i napięte, twarz obrzękła i czerwona, a szczególnie wobec ciężkich objawów udaru. Wystarczy poprzestać na zwolnieniu ubrania, ułożeniu chorego z tułowiem miernie podniesionym, zastosowaniu lewatywy i wypróżnieniu pęcherza, a co do reszty należy zachować się wyczekująco. Już po 24 godzinach trzeba zbadać płuca, bo częstokroć powstaje zapalenie opadowe po przeciwnej stronie ogniska mózgowego, i w takim razie powinien chory leżeć na boku wolnym od zapalenia płuc. W niektórych przypadkach nadzwyczaj szybko powstaje ciężka odleżyna nad kością krzyżową; dlatego chorych na udar mózgowy trzeba jak najprędzej ułożyć na poduszce dętej lub wodnej. Wobec zatoru mózgowego nizkie ułożenie głowy i wzmocnienie czynności serca są ze wszechmiar wskazane. Niestety rzadko tylko jesteśmy w stanie rozróżnić w pierwszej chwili te dwie choroby.

Leczenie porażeń przez elektryzowanie mózgu i mięśni rozpocząć można dopiero po 2—3 miesiącach. Bardzo ważnem jest zapobieganie następowym przykurczeniom członków porażonych, które najczęściej przeszkadzają powrotowi ich ruchomości. Po kilku tygodniach bowiem następuje stężenie porażonych kończyn tak, że ramię jest przyciągnięte (w addukcyi), skręcone na wewnątrz (w rotacyi) i zgięte w łokciu; przedramię również skręcone na wewnątrz (w pronacyi), a palce i kciuk wbite w dłoń. Również kończyna dolna jest sztywna, zgięta w kolanie, a stopa w położeniu kopytowo-szpotawem. Munk dowiódł na podstawie doświadczeń na małpach, iż przykurczenia te są jedynie następstwem nieczynności, a zapobiedz im można przez systematyczne wykonywanie ruchów biernych. Dlatego już po 2—3 tygodniach po katastrofie musimy przystąpić do systematycznego wyprostowywania mięśni, posiadających skłonność do przykurczeń i wykonywać je dwa razy dziennie z żelazną wytrwałością całymi miesiącami w ciągu 5—10 minut. Jest to jedyny środek, który może zapobiedz przykurczeniom. *Dr. J. Fels.*

Seeligmann. **Przyczynek do etyologii i terapii świądu sromu.** (*Deutsche med. Wochs.* 1902, Nr. 9). Tak w marskości przedsionka sromowego (*kraurosis*), jak i świądu sromu (*pruritus vulvae*) jednym z pierwszych objawów jest silny świąd i pieczenie; z tego powodu w samym początku oba te cierpienia łatwo pomięszać. Badanie dokładniejsze sromu ułatwia rozpoznanie: w świądzie sromu skóra jest więcej obrzękła, zaczerwieniona, o połysku wilgotnym; w marskości przedsionka sromowego skóra od początku jest sucha, szaro-biała. Przeprowadzając badania bakteryologiczne w świądzie sromu znajdował autor diplokoka, podobnego do gonokoka, a różniącego się tylko sposobem barwienia i odmienną postacią hodowli. Nieprzyjemne pieczenie ustaje po przykładaniu na wacie 10% guajakolwasogenu; jeżeli pieczenie mimo kilkodniowego użycia nie zniknęło, to jest to marskość przedsionka sromowego, i tę może wyleczyć tylko zabieg operacyjny. *P.*

Lommel. **Mylne rozpoznanie na podstawie odczynu Gruber-Widala.** (*Münch. med. Wochs.* 1902, Nr. 8). Autor przytacza przypadek posocznicy, rozpoznanej przy sekcyi u położnicy, leczonej na dur na podstawie odczynu Gruber-Widala. Punktem wyjścia ogólnego zakażenia były ropnie w jamie macicy. Ponieważ odczyn Widala dają często choroby, wywołane przez prątek okrężnicowy, jak żółtaczka, ostre nieżyty kiszek itp., przypuszcza więc autor, że i w tym przypadku prątek okrężnicowy musiał brać udział w ogólnem zakażeniu i ztąd powstał odczyn Widala. *P.*

Ch. Mantoux. **O przemijającem pojawianiu się objawu Argyll-Robertsona w przebiegu wiądu rdzenia.** (*La Presse médicale*, 1901, Nr. 104). Niektóre z objawów wiądu rdzenia, np. ślepota, raz wystąpiwszy, nie ustępują już zupełnie, inne mogą poprawić się lub ustąpić, jak n. p. porażenia oczne, bóle przeszywające, bezwład; inne wreszcie takie, które pojawiają się przemijająco, jak t. zw. „crises gastriques“ lub „laryngées“.

Objaw Argyll-Robertsona jest uważany ogólnie jako objaw stały. Wszelako już dawniej Erb zwrócił uwagę na jego zmienność. Autor opisuje jeden przypadek z własnego doświadczenia, oraz dwa podobne przypadki Eichhorsta i jeden Manoussiego i na tej podstawie dochodzi do następujących wniosków:

1) Objaw Argyll-Robertsona i wogóle zmiany w źrenicy mogą się pojawiać przemijająco w przebiegu wiądu rdzenia i to w początkowym okresie, lub po kilku latach trwania choroby. 2) Czas trwania objawu może być krótki (jeden dzień), lub rozciągać się na całe miesiące. 3) Pojawianie się i znikanie zmian w źrenicy może być połączone z pojawianiem się t. zw. „crises gastriques“. *Dr. M. Blassberg.*

Dr. H. Marx. **O wyrośli kostnej na kości udowej.** (*Ctrbl. f. Chir.* 1902, Nr. 3). Marx drogą operacyjną uzyskał preparat kostniaka kości udowej, wyrastającego z trzonu kości (nie z chrząstki nasadowej). Na preparacie wpadało w oko przedewszystkiem podobieństwo do dolnej nasady kości udowej (u dziecka). Na podobieństwo tych wyrośli do różnych rozwiniętych kości szkieletu zwrócił już uwagę H. Braun. *Herman.*

Docent Mańkowski (Odessa). **W sprawie cytotoksyn. Tyreotoksyny.** (*Russkij Wracz* 1902, Nr. 6). Mańkowski wstrzykiwał kotom do jamy brzusznej zawiesinę gruczołu tarczykowego psów w 0,8% roztworze chlorku sodowego; po trzech wstrzyknięciach, z przerwą dwutygodniową, otrzymał on surowicę, która posiadała własności hemolityczne względem krwi psów. Badania z tą surowicą doprowadziły M. do następujących wniosków: 1) pod wpływem wstrzykiwań do jamy brzusznej kotom zawiesiny zdrowego gruczołu tarczykowego psów, surowica krwi kotów nabywa własności swoistych względem gruczołu tarczykowego psów, staje się mianowicie tyreotoksyczną; 2) swoiste działanie tej surowicy zawiera się w szkodliwym jej wpływie na gruczoł tarczykowy i objawia się zaburzeniami czynnościowemi, przypominającemi te, które występują u psów po wycięciu gruczołu tarczykowego; 3) działanie to występuje zarówno przy wstrzykiwaniu surowicy bezpośrednio do miąższu gruczołu tarczykowego, jak i przy wstrzykiwaniu do naczyń krwionośnych, lub do jamy brzusznej; 4) pod wpływem surowicy komórki gruczołu tarczykowego ulegają zmianom morfologicznym. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

VII. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Koelbl. **Alboferyna.** (*Wiener med. Blätter*, 1901, Nr. 21) Jest to przetwór, który zawiera w sobie 90% białka, 0·68% żelaza, 0·32% fosforu, 0·13% połączeń amidowych i sporą ilość soli mineralnych. Podaje się go 3—4 razy dziennie po łyżeczce od kawy przeciw błednicy, krzywicy, osłabieniu ogólnemu i osłabieniu nerwowemu. (Dotychczasowe doświadczenia, wykonywane z lekiem tym w klinice krakowskiej chorób wewnętrznych, zdają się przemawiać za jego skutecznością. Działalność przetworu tego podobna jest do „triferyny" Salkowskiego, której skuteczność także w krakowskiej klinice chorób wewnętrznych została dostatecznie stwierdzona). (*Referent*). *E. K.* (Kr. kl. I.).

Kreke. **Vioform,** jako lek zastępujący jodoform. (*Münch. med. Wochs.* 1901, Nr. 33). Lek ten ze stanowiska chemicznego jest jod — chlor — oksychinoliną; jest bezwonny, wstrzykiwany pod skórę w ilości ½ grm. posiadać ma wybitne własności hemotaktyczne. W dawkach tych nie działa trująco, a nawet uśmierza ciepłotę ciała. Warto go stosować w odpowiednich przypadkach zamiast jodoformu. *E. K.* (Kr. kl. I.).

Paldlock. **Jodipina.** (*Petersb. med. Wochs.* 1901, Nr. 45). Jodipina jest połączeniem jodu z tłuszczem, które powstaje przez działanie jod-mono-chlorydu na olej sezamowy. Przetwór ten bywa wessany dopiero w jelitach, a rozszczepia się na swe składniki dopiero we krwi i w tkankach. Może być także używany z pomyślnym skutkiem w postaci wstrzykiwań podskórnych. Bez ubocznych skutków i bez pojawiania się objawów jodyzmu używać go można dziennie do 20 grm. (Według doświadczeń, przedsiębranych w krakowskiej klinice chorób wewnętrznych, lek ten zasługuje istotnie na polecenie. *Ref.*). *E. K.* (Kr. kl. I.).

VIII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe dnia 21 marca 1902 r. w Zakładzie fizyologicznym Uniwersytetu.

Przewodniczący: kol. Sołowij. obecnych członków 42.

Kol. Beck okazał nowo sprowadzony dla zakładów medycyny teoretycznej przyrząd rzutowy (projekcyjny) i objaśnił zastosowanie jego w fizyologii. Wyjaśniwszy teoretycznie i na rysunkach szematycznych działanie przyrządu tego, przystąpił prelegent do demonstracyi, rzucając na ekran obrazy drobnowidowe. rysunki, krzywe, oraz przebieg kilku doświadczeń fizyologicznych. *Dr. Ruff*, sekretarz.

Towarzystwo Samopomocy lekarzy.

Sprawozdanie z 17 posiedzenia Wydziału w dniu 25 lutego 1902 r.

Po odczytaniu nadesłanych pism i petycyi, które przydzielono poszczególnym referentom, przedłożył prof. Jordan opracowaną prawniczo przez prof. Rosenblatta petycyę do Rządu i Rady państwa w sprawie ustawy o przymusowem ubezpieczeniu lekarzy. Uchwalono wydelegować do Wiednia z petycyą tą prof. Jordana, jako prezesa Tow. i Dra Bogdanika, jako wiceprezesa. Przewodniczący Komisyi prasowej kol. Ciechanowski zdał sprawę z dotychczasowych czynności tej komisyi, która od nowego roku zamieściła w dziennikach politycznych 4 różne artykuły, dotyczące stanu lekarskiego. Uchwalono otworzyć bezzwłocznie biuro ściągania zaległych honoraryów lekarskich dla członków Towarzystwa, którzy w sprawach tych winni się zgłaszać pisemnie do Wydziału na ręce sekretarza. W końcu uchwalono, w myśl referującego jednego z członków Wydziału, przejść do porządku dziennego nad wnioskiem kol. G. i wnioskiem kol. R., jako niewykonalnymi. (*Streszczenie protokołu*). *Dr. Langie*, sekretarz.

Sprawozdanie z 18 posiedzenia Wydziału w dniu 18. marca 1902 r.

Przewodniczący prof. Jordan zdaje obszerne sprawozdanie z pobytu i zabiegów w Wiedniu delegatów, wysłanych z petycyą do Rządu i Rady państwa w sprawie ubezpieczenia lekarzy[1]). Sekretarz zawiadamia, iż kopię petycyi rozesłano wszystkim Izbom, Towarzystwom, czasopismom i Wydziałom lekarskim w Cislitawii, wraz z odpowiednimi listami, w których proszono o solidarne współdziałanie i popieranie tej sprawy. Uchwalono podziękowanie delegatom za trudy poniesione w Wiedniu, oraz podziękowanie prof. Rosenblattowi za bezinteresowną pomoc i wskazówki przy układaniu petycyi. W sprawie ściągania zaległych honoraryów uchwalono podejmować się tego tylko dla tych kolegów, którzy przynajmniej od 3 miesięcy są członkami Towarzystwa samopomocy, oraz likwidować na rzecz Towarzystwa 15% od honoraryów do 100 kor., a 10% od wyższych ponad 100 kor. W sprawie nowego rozporządzenia przy szczepieniu ospy uchwalono wysłać do c. k. Namiestnictwa odpowiednią prośbę[2]), zwracając uwagę na ogromne obciążenie materyalne lekarzy, jakie rozporządzenie to za sobą pociąga. Na posiedzeniu poufnem uchwalono: udzielić kol. G. 200 kor. tytułem pożyczki i załatwiono dwie osobiste sprawy kol. D.

W lutym przystąpili do Towarzystwa następujący nowi członkowie: kol. Ackerman (Kraków), Dornfest (Bircza), Gładyszowski (Tarnopol), Kłuszyński (Piotrkowice na Szląsku), Mańkowski (Lwów), prof. Mars (Lwów), Mazanek (Złoczów), poseł Opydo (Wadowice), Śnieżek (Rudki), Sołowij (Lwów), Szydłowski (Lwów). (*Streszczenie protokołu*). *Dr. Langie*, sekretarz.

Sprawozdanie z 19 posiedzenia Wydziału w dniu 28 marca 1902 r.

Przewodniczący prof. Jordan zawiadamia, iż otrzymał list od Tow. lek. galicyjskich, w którym Towarzystwo proponuje Zjazd delegatów obu Izb galicyjskich i 3 Towarzystw lekarskich z delegatami Tow. samopomocy. celem porozumienia ustnego w sprawie ubezpieczenia lekarzy, oraz unormowania stosunku czynności Tow. samopomocy do obu Izb i innych Towarzystw lekarskich galicyjskich. Po dłuższej i ożywionej dyskusyi uchwalono zgodzić się na propozycyę Tow. lekarzy galicyjskich i odbyć naradę w Krakowie dnia 7 kwietnia o godz. 10 rano. Jako delegatów ze strony Tow. samopomocy wybrano prof. Jordana i Dra Langiego, dając im zarazem dyrektywę, aby imieniem Tow. samopomocy ani na krok nie odstąpili od zasad, zawartych w uchwalonym przez Walne zgromadzenie projekcie ubezpieczenia lekarzy, który to projekt, wniesiony już w formie petycyi do Rządu i Rady państwa, doznał tak w sferach decydujących, jak i u większości lekarzy austryackich, życzliwego przyjęcia.

Z kolei sekretarz zawiadomił, że otrzymał pismo od Towarzystwa czeskich lekarzy dentystów, w którym Wydział tegoż Towarzystwa zawiadamia, iż uchwalono jednomyślnie petycyę Towarzystwa samopomocy popierać za pośrednictwem klubu czeskiego w parlamencie. Również prof. Chiari z Pragi nadesłał list, wyrażający uznanie dla całego projektu i przyrzeczenie jak najenergiczniejszego popierania go. W końcu odczytano kilka artykułów z różnych dzienników wiedeńskich (politycznych i lekarskich), omawiających pochlebnie cały projekt. W marcu przystąpili do Towarzystwa nowi członkowie: Dr. Szostkiewicz z Ropczyc i Dr. Millet z Dąbrowy. (*Streszczenie protokołu*). *Dr. Langie*, sekretarz.

Sprawozdanie z 20 posiedzenia Wydziału w dniu 15 kwietnia 1902 r.

Przyjęto do wiadomości sprawozdanie skarbnika za I. kwartał b. r. Dochód: 2444 k., wydatki 1422 k., pozostaje 1022 k. Dr. Langie i prof. Jordan zdali sprawę z przebiegu obrad Zjazdu delegatów Izb i Tow. lekarskich, odbytego 7 kwietnia w Krakowie. Z kolei Dr. Langie przedłożył pismo jednego z kolegów z prowincyi z prośbą o zajęcie się sprawą wyzyskiwania lekarzy kolejowych. Oddano do referatu jednemu z członków wydziału. Dr. Langie przedłożył wniosek kol. Sękiewicza z Turki, w którym proponuje, aby zanim ustawa o ubezpieczeniu wejdzie w życie, pójść na razie za przykładem »Wohlfartsverein für Hinterbliebene der Aerzte Wiens,« celem niesienia wydatniejszej pomocy wdowom po lekarzach-członkach. Uznano, że myśl sama i sposób, w jaki ją wiedeńskie Towarzystwo wykonywa, są dobre i praktyczne, przekazano zatem wniosek ten 2 członkom wydziału z poleceniem zebrania odpowiedniego materyału statystycznego i przedłożenia referatu na jednem z najbliższych posiedzeń. Zgodzono się na rewizyę statutu Towarzystwa, a prace przygotowawcze powierzono 2 referentom. W końcu załatwiono poufną sprawę jednego z kolegów i przyjęto do Towarzystwa następujących nowych członków: Dra Miszke z Frysztatu (na Śląsku), Dra Miodońskiego z Buczkowic i Dra Sołtysika z Husiatyna. (*Streszczenie protokołu*). *Dr. Langie*, sekretarz.

[1]) Sprawozdanie to ogłoszonem było w Nrze 12 »Przeglądu lekarskiego«.

[2]) Pismo to było ogłoszone *in extenso* w Nrze 13 »Przeglądu lekarskiego«.

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Uwagi nad okólnikiem c. k. Namiestnictwa, dotyczącym nowych zarządzeń przy szczepieniu ospy.

Sprawa postępowania aseptycznego przy ochronnem szczepieniu ospy metodą Dra Paulego, zalecona okólnikiem c. k. Namiestnictwa z dnia 21 stycznia 1902 r., l. 141.863, wywołała wśród ogółu lekarzy naszego kraju słuszne zainteresowanie.

Wyraz temu zainteresowaniu dali lekarze powiatu brzeskiego na zebraniu, które się odbyło w Brzesku dnia 5 b. m. Obszerną dyskusyę, jaka się wywiązała na ten temat, zakończono jednomyślną uchwałą, która opiewa:

Żaden lekarz praktykujący powiatu brzeskiego nie przyjmie obowiązku szczepienia tak długo, dokąd ze strony właściwej nie zostanie zapewniony zwrot kosztów i odpowiednie wynagrodzenie za zwiększoną pracę i wydatki, połączone z nowym sposobem szczepienia.

Nie kwestyonując samej metody Dra Paulego ze stanowiska naukowego, podniesiono wśród dyskusyi bardzo poważne zarzuty, które wartość tej metody uczynić muszą w praktyce co najmniej wątpliwą. Wystarczy bowiem pominąć jedno tylko z wymagań, jakie podaje Dr. Paul w swojej rozprawie, aby cały gmach misternie przez autora zbudowany runął. Wyłom taki uczyniło już c. k. Namiestnictwo przez wyłączenie ochronnych nakrywek na miejsce szczepienia, pozostawiając rankę powstałą po zaszczepieniu własnemu losowi. To samo można powiedzieć o następowem łeczeniu rozwiniętych już krostek (pustułek), które to leczenie w znikomo małym odsetku, bo tylko w domach inteligentnych, ale nigdy lub prawie nigdy w warstwach mniej oświeconych przeprowadzićby się nie dało należycie. Dwa te wyłomy w 9-ciu niejako przykazaniach Dra Paulego wystarczają zupełnie do gruntownego osłabienia wartości aseptycznego szczepienia.

Obok tych powodów poruszono wiele innych szczegółów, wymagających w naszych stosunkach pewnego uproszczenia całej manipulacyi, jak możliwość zatrucia dzieci parującym eterem, zaleconym do zmywania pola operacyjnego, wybuchu lampki spirytusowej, oparzeń i t. p. Prawda, że niebezpieczeństwa takiego można łatwo uniknąć w mieszkaniach obszernych, należycie przewietrzanych i przy odpowiedniej pomocy, ale trudniej na wsi, w izdebkach nieraz ciasnych i nizkich, zwłaszcza gdy lekarz nie może w każdej chwili mieć uwagi zwróconej na wszystko, co się około niego dzieje. Dr. Paul, uprzedzając — jak się zdaje — wydać się mające normy postępowania przy szczepieniu jego metodą, doradza sprowadzić liczbę szczepionych najwyżej do 50 na jeden termin. Całkiem słusznie. Lecz właśnie ta rada stawia otwartą kwestyę stosunku pracy, straty czasu i zwiększonych kosztów podróży do wynagrodzenia, jakie lekarz za to wszystko powinien otrzymać. Kwestyę tę uważać należy w obecnym stanie rzeczy za najaktualniejszą. Dlatego ogólne było zdanie między zebranymi, że jak długo nie będzie zmieniony system szczepienia i unormowane wynagrodzenie za tak skomplikowaną i równie z trudnościami, jak ze znaczną stratą czasu, połączoną czynność, tak długo żaden lekarz nie powinien przyjmować szczepienia według metody Dra Paulego, zaleconej w ostatniej chwili przez c. k. Namiestnictwo galicyjskie. Takie i t. p. motywa skłoniły zebranych lekarzy, t. j. Drów: Bernackiego, Bergera, Bernadzikówskiego, Dunajowicza, Grzybczyka, Janczego, Kluczyńskiego, Knauera i Łowczowskiego do powzięcia na wstępie podanej uchwały.

Sprawą tą powinien się zająć jak najrychlej Wydział krajowy, względnie Sejm. I jak długo z tej strony nie podniesie się głos stanowczy, dotąd będzie ogół lekarzy uważać wprowadzenie aseptycznego szczepienia w naszym kraju za połowiczo załatwione, a tem samem za niemożliwe do poważnego traktowania.

Brzesko, 10 kwietnia. *Dr. B.*

Ogłaszając ten wynik narady kolegów powiatu brzeskiego, poczuwamy się do obowiązku oświadczyć, że na razie uważalibyśmy dalszą dyskusyę nad treścią okólnika Namiestnictwa z dnia 21 stycznia b. r. za bezcelową, a to głównie z tego powodu, że z najautentyczniejszego źródła wiemy, że w roku bieżącym władza zajętego stanowiska nie zmieni.

W pojęciu Namiestnictwa tegoroczne szczepienie, o ile dotyczy wynagrodzenia za nie lekarza, ma być poniekąd miarodajnem: po skończonem szczepieniu władza będzie mogła nabrać pewności, o ile zaprowadzenie szczepienia aseptycznego wymagać będzie od lekarza więcej czasu, niż szczepienie sposobem dotychczasowym, innemi słowy — władza będzie w stanie oznaczyć, ile dzieci dziennie lekarz będzie mógł zaszczepić. Z drugiej strony zamierza Namiestnictwo odnieść się do innych krajów monarchii w celu porównania tamtejszych norm wynagrodzenia lekarzy za szczepienie, z normą, ustanowioną w Galicyi.

Wobec takiego zapatrywania nie zamierza władza w roku bieżącym zmieniać zajętego stanowiska, a w chwili obecnej nawet nie jest w stanie zapewnić, czy je zmieni w przyszłości, i dopiero doświadczenie tegoroczne i porównanie z normami przyjętemi w innych prowincyach, rozstrzygną o ostatecznem postanowieniu, czy i jakie zmiany w wynagrodzeniu lekarzy za szczepienie należy wprowadzić.

Co się tyczy wezwania, by Wydział krajowy zajął się tą sprawą, to znowu możemy zapewnić, że Namiestnictwo rozesłało „okólnik“ po zupełnem porozumieniu się z władzą krajową, a może nawet z inicyatywy Wydziału krajowego. (*Redakcya*).

* * *

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 24 kwietnia.

* Towarzystwo lekarskie krak. odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem kol. dr. Eisenberg miał odczyt: »O nowych teoryjach odporności«.

* Wydział lekarski Uniw. Jagiel. rozpisał konkurs na posadę asystenta przy katedrze chemii lekarskiej. Płaca roczna wynosi 1400 koron. Podanie należy złożyć w kancelaryi Wydziału lekarskiego do dnia 28 kwietnia.

* W myśl uchwały Wydziału lekar. Uniwersytetu Jagiellońskiego dr. Emil Godlewski mianowany został docentem anatomii i embryologii.

* Stopień doktorów wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiel. otrzymali: Ludwik Filimowski, Władysław Jasiński, Gustaw Wierzbicki, Antoni Blumenfeld, Rudolf Kułakowski i Stanisław Kwiatkowski.

* Lekarze w Radomiu krzątają się około założenia miejscowego Towarzystwa lekarskiego.

* Pierwszy Nr. »Przeglądu zdrojowego«, czasopisma poświęconego wyłącznie sprawom zdrojowisk i uzdrowisk krajowych, opuścił prasę. »Przegląd zdrojowy« wychodzić będzie co dwa tygodnie w ciągu sześciu miesięcy kąpielowej pory roku. Słowo wstępne »Od Redakcyi« zawiera głębsze myśli, dotyczące naszego bytu społeczno-ekonomicznego i korzystnie odbija od szablonowych programów nowo powstających czasopism. Dr. Jekeles podał wyczerpujący opis uzdrowiska i zakładu wodoleczniczego w Bystrej, uzupełniony udatną ilustracyą. Dr Binder przedstawił »Meran dziś a ongi«, wymieniając wszelkie czynniki lecznicze, którymi rozporządza to uzdrowisko. Zeszyt zakańcza rubryka ocen i rozmaitości. Redaktorem »Przegl. zdroj.« jest dr. K. Flis, redaktorem odpowiedzialnym i wydawcą p. Zygmunt Rosner. Cel wydawnictwa i staranna redakcya pierwszego numeru każą dobrze wróżyć nowemu czasopismu

* Międzynarodowy Kongres prasy lekarskiej odbył się, jak to donieśliśmy w N. 14 »Przegl. lek.« między 7 a 9 b. m. w Monaco. Następujące kraje wysłały swych delegatów: Anglia, Austrya, Niemcy, Czechy, Belgia, Dania, Hiszpania, Francya, Holandya, Włochy i Norwegia. Usprawiedliwili swoją nieobecność delegaci: Szwecyi, Węgier, Stanów zjednoczonych, Ameryki południowej i Kanady. Odmówiła udziału w Kongresie Rosya. Na porządku dziennym rozpraw Kongresu były trzy sprawy: 1) statut międzynarodowego Związku prasy lekarskiej 2) konwencya, zmierzająca do poszanowania własności literackiej w zakresie prasy lekarskiej; 3) założenie centralnego biura informacyjnego prasy lekarskiej. »Brak czasu« miał przeszkodzić wyczerpaniu całego porządku dziennego i tylko dwa pierwsze punkty programu zostały przedyskutowane i poddane pod uchwały; punkt trzeci przekazano zgromadzeniu delegatów, które odbędzie się w Madrycie podczas Międzynarodowego Kongresu lekarskiego. Stwierdzić należy, że delegac w istocie mało mieli czasu na obrady, skoro w ciągu trzech dni wziel udział w siedmiu różnego rodzaju uroczystościach i wycieczkach. Na tego rodzaju poważne sprawy i obrady wybór Monaco na miejsce Kongresu stanowczo był niestosowny. Do szczegółów odbytego Kongresu i jego uchwał jeszcze powrócimy.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa Tydzień XV (6—12—IV) Ludność średnia roczna 94,057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 22, urodziło się dzieci 80, zmarło osób 66 — mianowicie: z gruźlicy 12 (2 zam), z zapalenia płuc 15 (1 zam.), z błonicy 1, z płonicy 8 (2 zam.), z cholery dziecięcej 1.

* Między 9 a 15 kwietnia doniesiono władzy o przypadkach ospy w Galicyi w dwóch powiatach: nowosądeckim (1 gm.) i turczańskim (1 gm.). Dur osutkowy stwierdzono: we Lwowie (4 przypadki) w powiatach: bohorodczańskim, (1 gm.), drohobyckim, (1 gm.), grodeckim (1 gm.), jaworowskim (4 gm.), kałuskim (1 gm.), kołomyjskim; (1 gm.), mościskim (1 gm.), myślenickim (1 gm.), nadworniańskim (3 gm.), nowosądeckim (1 gm.), niskim (1 gm.), podhajeckim (1 gm.), przemyślańskim (1 gm.), skałackim (1 gm.), stanisławowskim (2 gm.), stryjskim (1 gm.), tarnopolskim (2 gm.), tłómackim (1 gm.), trembowelskim (1 gm.), złoczowskim (1 gm.).

Wszystkich przypadków duru osutkowego w tygodniu sprawozdawczym było 89; w tygodniu poprzedzającym 131.

Mianowania i odznaczenia. Prof. nadzwycz. patologii dr. Fedeli mian. został prof. zwyczajnym w Pizie.

Nekrologia. Dr. Inzani, b. prof. patolog. anatomii, umarł w Parmie. Dr. Rendu, głośny klinicysta, zakończył życie w Paryżu, licząc lat 58.

Bibliografia:

— *Polskie Archiwum nauk biologicznych i lekarskich* Z. 2. Marischler: O wpływie produktów drobnoustrojów kałowych (toksyn) i wyciągów kałowych na narząd krążenia. J. Nusbaum: Studya porównawcze nad regeneracyą. I. O przejawach morfologicznych przy odradzaniu się sztucznie usuwanego tylnego oddziału ciała u Enchytraeidów. Kučera: Studyum nad morfologią prątka nosaciznowego. W. Kulczycki: Przypadek »Ectopia cordis« u cielęcia.

— *Postęp okulistyczny* (marzec). Strzemiński: Jaskra, jako skutek zapalenia ostrego tęczówki. Noiszewski: Znaczenie pochłaniania i załamania w powietrzu promieni słonecznych dla objawu Purkinjego i adaptacyi siatkówki.

— *Medycyna* Nr. 16. F. Arnstein: Kilka uwag o rozpoznawaniu płonicy i jej nawrotach. Kopczyński: Przypadek syfilisu opon i rdzenia w części lędźwiowo-krzyżowej z niezwykłemi zaburzeniami odżywczemi (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 16. Dzierzgowski: Przyczynek do sprawy uodporniania zwierząt przeciw błonicy, oraz do sprawy wyrobu surowicy przeciwbłoniczej (dok.). Męczkowski: Spondylosis rhizomelica (dok.).

— *Przegląd higieniczny* Nr. 4. Piasecki: Jak uprzyjemnić ćwiczenia cielesne? Szulislawski: O nowej metodzie Wingena do oznaczania dziennego światła w szkołach.

— *Przegląd felczerski* Nr. 8. L.: Zapalenie. M.: Zapobieganie wadliwym położeniom płodu. R.: 1) Ospa naturalna. 2) Opatrunki (c. d.). 3) Technika sekcyi zwłok.

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 3. Krakowski: Alumnol-cementnowy cement przeciwgnilny.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 16. Hausman: O vlastních zkušenostech při lumbální analgesii eucainem *a*. Zahradnický: O léčení ileu atropinem. Remeš: Několik případů z praxe.

— *Sborník klinický* Nr. 4. Maixner: Poznámky ku paroxysmalní tachykardii. Čeněk Simerka: Příspěvek ku pathologii XI nervu mozkového. Hellich: Příspěvky k normální i pathologické stavbě lichy lidské. Hlava: Dermoidalní embryom mozku.

— *Liečnički Viestnik* Nr. 4. Vrbanić: Chiruržka kazuistika. Müller: Djelovanje thyreojodina u tri slučaja idiotije (myxoedema). Belohlavek: Diagnoza trudnoće u prvih pet mjeseci i moguce zablude.

— *La Presse médicale* Nr. 30. Séglas: Padaczka i brak pamięci wstecznej. Loubet: Rany wątroby zadane nożem. Véron: Zapalenie wyrostka robaczkowego wskutek połknięcia ciał obcych.

Nr. 31. Chauffard: O śródpiersiowych surowiczych zapaleniach opłucnej. Devaux i Merklen: O neuronofagii.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 15. Illyés i Kövesi: Rozcieńczanie moczu, jako sposób do rozpoznawania sprawności nerek. Ritter: Leczenie wątłych dzieci. Marschalko: Czy rzeżączka nierządnic jest uleczalna? Ehrlich i Sachs: O wielorakości uodporniających składników surowicy (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 15. Köster: Przypadek dotychczas nieopisanej lokalizacyi porażenia ołownego. Boas: Przyczynek do nauki o kamicy żółciowej. Heller: Drobniejsze przyczynki do sprawy gruźlicy. Brion i Kayser: O rodzaju choroby, w przebiegu której znajdują się we krwi prątki, podobne do durowych. Stursberg: O zachowaniu się odruchów kostnych u osób histerycznych. Strubell: O refraktometrycznych badaniach krwi. Strupler: O ostrym otoku z odmą piersiową przy uwięzłej przepuklinie przeponowej. Plesch: Ulepszony sposób opukiwania.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 16. Jellinek: O wpływie elektryczności na ustrój zwierzęcy. Klein: Przyczynek do nauki o aglutynacyi krwinek czerwonych. Kreidl i Aleksander: Zarys statystyki cielesnego i duchowego rozwoju głuchoniemych w Austryi w pierwszym roku ich życia. Weichselbaum: Obecny stan wiedzy o powstawaniu gruźlicy i jej zapobieganiu (dok.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 16. Ramon y Cajal: Zakończenie zewnętrznych wstęg (lemniskus), czyli drugorzędny tor nerwów słuchowych. Gowers: Myastenia i oftalmoplegia. Lauder Brunton: O zastosowaniu azotanu i azotynu potasowego w przewlekłem wzmożonem napięciu tętniczem. Charrin: O wielorakości chorobliwej wydzieliny, wytwarzanej przez tę samą bakteryę. Bechtierew: O napadach przymusowego śmiechu, połączonego z tężcowymi kurczami i świądem w ramieniu lewem. Marinesco: Przyczynek do nauki o połowicznem porażeniu dziecięcem. Patella: Cytodyagnostyka wypocin i wysięków. Pochodzenie i znaczenie t. zw. limfocytów wypociny gruźliczej. Curschmann: O krwotokach śmiertelnych w przewlekłych zastojach w żyle bramnej. Eichhorst: Chorobowe zmiany w sercu. t. zw. »Zuckergussherz«. Donath: Przypadek rzekomego zapalenia błon mózgowych. Benedict: Przyczynek do nauki o żółtaczce ciężarnych. Hamel: O godnym uwagi przypadku niedokrewności złośliwej. Strauss: Przyczynek do metody ilościowego oznaczenia indykanu.

Redakcya otrzymała. Trzebicky: Zur extraction Fremdenkörper aus Pharynx und Oesophagus.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 30 kwietnia, o godz. 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy* posiedzenie zwyczajne, na którem koledzy: Gliński i Horoszkiewicz mówić będą: „O zmianach mikroskopowych w oddzielającej się pępowinie, oraz o sądowo-lekarskiem znaczeniu tych zmian“.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.